DER AUFBAU DER PSYCHOSE

GRUNDZÜGE DER PSYCHIATRISCHEN STRUKTURANALYSE

VON

DR. KARL BIRNBAUM
PRIVATDOZENT DER PSYCHIATRIE AN
DER UNIVERSITÄT BERLIN



SPRINGER-VERLAG BERLIN HEIDELBERG GMBH
1923

DER AUFBAU DER PSYCHOSE

GRUNDZÜGE DER PSYCHIATRISCHEN STRUKTURANALYSE

VON

DR. KARL BIRNBAUM
PRIVATDOZENT DER PSYCHIATRIE AN DER UNIVERSITÄT BERLIN



Springer-Verlag Berlin Heidelberg GmbH 1923

ISBN 978-3-662-38785-6 ISBN 978-3-662-39683-4 (eBook)
DOI 10.1007/978-3-662-39683-4

Vorwort.

Es wird der Versuch gemacht, systematisch eine klinische Forschungsweise wieder aufzunehmen und weiterzuführen, die von der wissenschaftlichen Psychiatrie eigentlich nie ganz verlassen worden ist, die sich bei einem Wernicke selbst gegenüber stark andrängenden hypothetischen Deduktionen durchgesetzt hat und deren nachdrückliche Vertretung und Durchführung nunmehr einer gewissen Zeitforderung zu entsprechen scheint: Es ist dies die zerlegende, die klinisch-analytische Betrachtungsweise, welche die Grundlage für die nötige Ergänzung der klinisch-deskriptiven Forschung, der bloßen beschreibenden Veranschaulichungen der klinischen Bilder, abgibt und eine klinische Struktur- und Zusammenhangslehre schafft.

Es war zunächst eine umfassende geschlossene Gesamtdarstellung in Form einer voll ausgearbeiteten klinischen Strukturlehre beabsichtigt. Da diese aber vorerst durch andere Arbeitsinteressen zurückgedrängt, vorläufig wohl auch noch gar nicht restlos durchführbar ist, so sind an ihre Stelle die nachfolgenden Aufsätze getreten. Diese nehmen neben neuen Stoffbearbeitungen zerstreute frühere Arbeiten aus diesem strukturanalytischen Forschungskreise wieder auf, allerdings mit mannigfachen Veränderungen und — wie zu hoffen — Verbesserungen: mit schärferen begrifflichen Fassungen, klareren klinischen Formulierungen, sowie vor allem mit durchsichtigerer Herausarbeitung und übersichtlicherer Darstellung der Zusammenhänge. Die Arbeiten selbst sind, wiewohl an sich selbständig, innerlich eng miteinander verknüpft und schließen sich ganz von selbst zu einer Einheit zusammen. Sie dürfen daher als Ganzes genommen werden und damit als halbwegs vollwertiger Ersatz für die geplante Gesamtdarstellung gelten. In ihnen wird zunächst — im Einleitungsaufsatz — die Begründung für den klinischen Systemwechsel bzw. die Erweiterung und Ergänzung der psychiatrischen Forschung im Sinne der Strukturanalyse gegeben. Es folgt — zweiter Aufsatz — die Klarlegung des Aufbaus der Psychose, der zu seiner Erfassung eben diese Strukturanalyse benötigt. Diese systematische Kennzeichnung des klinischen Aufbaus (und zwar sowohl in seinen allgemeinen Grundzügen im Krankheitsrahmen wie auch in seinen speziellen

Formen bei den einzelnen Krankheitstypen) dient dann als Ausgangspunkt für grundsätzliche Folgerungen bezüglich einzelner wesentlicher Fragen aus den verschiedenen klinischen (symptomatologischen, diagnostischen, klassifikatorischen usw.) Gebieten. Die sich anschliessenden Aufsätze gehen sodann auf der neu geschaffenen strukturanalytischen Grundlage den beiden hauptsächlichsten klinischen Aufbauerscheinungen, den pathogenetischen und pathoplastischen, nach, wodurch auf der einen Seite — dritter Aufsatz — Fragen der Krankheitsgestaltung und der äußeren Erscheinungsformen geistiger Störung, auf der anderen — vierter Aufsatz — solche der Nosologie und der klinischen Systematik einen weiteren Ausbau erfahren. Ein Schlußaufsatz endlich setzt sich mit den Beziehungen der Strukturanalyse zu den sonstigen zurzeit wirksamen klinischen Forschungsbestrebungen auseinander und legt damit die Stellung der Aufbaubetrachtung in der gegenwärtigen Psychiatrie fest. —

Über den wissenschaftlichen Wert dieser strukturanalytischen Tendenzen können weitere Worte nicht Klarheit schaffen. Er läßt sich nur in der klinischen Arbeit selbst erproben. Dagegen ist ein Wort noch über die geistige Einstellung zu sagen, aus der heraus diese Aufsätze verfaßt wurden. Das Leitmotiv war dasjenige, welches schon Wernicke als alleinige Richtlinie für die wissenschaftliche Arbeit anerkannte: die bedingungslose Achtung vor den Tatsachen.

Berlin-Herzberge, im November 1922.

Karl Birnbaum.

Inhaltsverzeichnis.

I. Einführung: Zur Begründung der psychiatrischen Strukturanalyse.

Der Weg, den die empirischen Wissenschaften im Laufe ihrer Entwicklung gehen, pflegt in typischer Weise zu verlaufen: Zunächst beherrscht die einfach beschreibende Darstellung, die unmittelbare Wiedergabe, die äußerliche Sammlung und Registrierung der dargebotenen Gegebenheiten die Forschung. Erst wenn diese mehr an der Oberfläche verbleibende und daher mehr nur das Äußerliche erfassende Arbeit erledigt ist, setzt dann die tiefergehende ein: die zerlegende Betrachtung, die den inneren Beziehungen, den gesetzmäßigen Zuordnungen, den genetischen und sonstigen Zusammenhängen nachgeht. Diese Entwicklungsrichtung läßt sich auch in der klinischen Psychiatrie verfolgen, seitdem sie empirische Wissenschaft geworden ist, d. h. also seitdem sie sich unter weitgehender Anlehnung an die rein naturwissenschaftlich-medizinische Forschung von aller psychologisierenden Spekulation endgültig befreit hatte. Der empirische Klinizismus, wie man diese immer stärker auftretende und nunmehr den ganzen psychiatrischen Wissensbereich beherrschende Forschungsrichtung zu bezeichnen pflegt, vertritt wissenschaftsgeschichtlich gesehen in erster Linie diese erste Forschungsetappe der deskriptiven Betrachtungsweise. Er hat zunächst und vor allem sich um die beschreibende Veranschaulichung, die anschauliche Wiedergabe der vom klinischen Material unmittelbar dargebotenen klinischen Bildungen: der einzelnen Symptomenbilder und der Ablaufsreihen von solchen Bildern (der Verläufe) bemüht, und er hat weiter darüber hinaus in systematisch exakter Sammelarbeit unter entsprechender Ordnung und Rubrizierung des Gewonnenen einen festen Stamm klinisch klarer syndromaler Gebilde und einen ebensolchen Stamm von jenen nach Art und Folge regelmäßig wiederkehrenden geschlossenen Reihen klinischer Erscheinungen zusammengestellt, wie sie als besondere Krankheitsformen zusammengefaßt zu werden pflegen. Damit vermochte diese „klinische" Forschungsrichtung eine ungemein fruchtbare klinische Arbeit, ja überhaupt erstmalig fruchtbare klinische Arbeit zu leisten, deren Gesamt-

ertrag sich in dem gegenwärtigen Stand der psychiatrischen Klinik, die so ziemlich alles ihr verdankt, eindeutig genug widerspiegelt.

Nun ist die deskriptive Forschung auch auf klinisch-psychiatrischem Gebiete im Laufe der Jahre nicht dem Schicksal entgangen, das ihr beim weiteren Fortschreiten in allen wissenschaftlichen Disziplinen schließlich zuteil zu werden pflegt: Daß sie nach einer überreichen sammelnden und ordnenden Tätigkeit sich mit der Fülle des Gesammelten durch sich selbst erschöpft. Nachdem sie alles klinisch in ihrer Weise aufgearbeitet hat, ist sie allmählich in ein gewisses Stocken geraten, und hat schließlich besonders da, wo sie den Gipfelpunkt ihrer Leistungen sucht, und wo der Prüfstein für die Wertigkeit dieser Leistungen gesucht werden muß: in der Aufstellung von Krankheitsformen nicht eben belanglose Unbestimmtheiten und Unsicherheiten aufzuweisen. Die Ungewißheit in der Bewertung und klinischen Einordnung gewisser syndromaler Gebilde, wie der manisch-depressiven und katatonen Komplexe, die je nachdem Umfang und Grenzen der entstehenden Krankheitstypen ungeheuerlich wechseln ließ, ohne daß die schwerwiegende Um- und Neugruppierung eine größere Gewähr für ihre Richtigkeit bot, die Unsicherheit in den Abgrenzungskriterien gewisser herausgehobener Krankheitsformen, etwa der präsenilen Wahnpsychosen wie der präsenilen Psychosen überhaupt, die Fragwürdigkeit mancher anderer aufgestellten Typen, so der chronisch-halluzinatorischen und chronisch-paranoischen Alkoholpsychosen, aber auch gewisser paraphrener Psychosen — dies alles und manches andere mehr gibt Kunde von dem allmählichen Versagen dieser vorher so ergiebigen Forschungsrichtung.

Geht man der Sache auf den Grund, so erkennt man freilich bald, daß hier tiefere Ursachen, im Wesen dieser klinischen Forschungsrichtung selbst gelegene Gründe im Spiel sind. Diese deskriptiv eingestellte Methode geht im wesentlichen auf das unmittelbar Gegebene aus, auf das äußere Bild, das Wesentliches wie Unwesentliches, Spezifisches wie Unspezifisches, Gesetzmäßiges wie Zufälliges, Essentielles wie Akzidentelles in gleicher Weise umfaßt, ohne im einzelnen die Wertigkeit der einzelnen Krankheitsbestandteile genügend klar und sicher zum Ausdruck zu bringen. Nun ist aber die Psychose — diesem Nachweis wird ein großer Teil unserer Arbeit gewidmet — gerade dadurch ausgezeichnet, daß sie ein hoch zusammengesetztes kompliziertes klinisches Gebilde darstellt, an dem die verschiedenartigsten und verschiedenwertigsten Elemente: endogene wie exogene, körperliche wie seelische, funktionelle wie organische usw., beteiligt sind und an dessen Zustandekommen die verschiedensten Kräfte: biologische wie psychologische, äußere wie innere, normale wie pathologische mitwirken, und zwar sowohl mit verschiedenen Mechanismen: biodynamischen, psycho-

dynamischen, cerebralen usw., wie mit verschiedensten Wirkungsformen: im Sinne der Verursachung, der Vorbereitung, der Auslösung, der Ausgestaltung usw. der Störungen. Die Erfassung aller dieser die Psychose konstituierenden Erscheinungen in allen ihren Beziehungen ist ihrer Natur nach der einfachen deskriptiv gerichteten, nach äußeren Merkmalen ordnenden Betrachtung, der klinischen Bildlehre, wie sie kurz einmal bezeichnet werden mag, versagt. Die inneren Bestandteile, ihre Zusammenhänge, ihre gesetzmäßigen Zuordnungen und ihre Wertigkeitseigenheiten und -unterschiede im Rahmen der Psychose kann nur eine nicht sowohl dem äußeren Bilde wie den zugrunde liegenden Erscheinungen nachgehende, zergliedernde Betrachtung herausholen, eine klinische Strukturlehre klarstellen. Und damit ergibt sich folgerichtig aus den Erfordernissen der Weiterführung der klinisch-psychiatrischen Forschung die Forderung nach einem Ausbau einer klinischen Strukturlehre, nach der Methodik einer klinischen Strukturanalyse, — Forschungstendenzen, die im übrigen psychiatrisch-wissenschaftlich durchaus nicht in der Luft schweben, sondern in mancher Hinsicht an bewährte klinische Traditionen, so beispielsweise an gewisse auf die inneren Zusammenhänge der klinischen Gebilde gerichtete Bestrebungen eines MEYNERT oder WERNICKE anknüpfen können.

Diese strukturanalytische Forschungsrichtung, die ihrer Natur nach noch zur Lösung solcher klinischen Aufgaben fähig ist, denen gegenüber die bisher vorherrschende ihrer Natur nach die Segel einziehen muß, muß sich ihrer ganzen Tendenz entsprechend auf allen Gebieten des klinisch-psychiatrischen Bereichs fruchtbringend auswirken. Sie bewirkt in der Symptomatologie eine vertiefte Erfassung, Differenzierung und Gruppierung der Phänomene, indem sie die Krankheitszeichen in ihrem strukturellen Zusammenhang erfaßt und damit nach ihrer Stellung im Krankheitsbilde, ihrem klinischen Wert und ihrer Bedeutung für den Krankheitstyp unterscheidet. Sie ebnet in der Nosologie, in der klinischen Systematik einer klinisch reinen, natürlichen Krankheitsaufstellung den Boden, indem sie die hochwertigen, spezifischen, ursächlich bedingten Krankheitsbestandteile gegenüber den geringwertigen, unspezifischen, durch nebensächliche Einflüsse bedingten heraushebt und mit ihnen die entscheidenden nosologischen Bestimmungsstücke festlegt. Und sie führt schließlich bei jedem Einzelfall eine restlose Erfassung in seiner individuellen Ganzheit und vollen Realität herbei, indem sie zur bloßen einseitigen, nur in einer bestimmten typischen Richtung gehenden Orientierung durch die Diagnose die alle Seiten und Einzelzüge des Falles mit allen ihren Sonderzusammenhängen erschöpfend umfassende Strukturformel treten läßt. Indem so allenthalben von der Strukturanalyse aus ein unabsehbar weites

Feld für klinische Ergänzungen, Erweiterungen und Vertiefungen sich eröffnet, erscheint es gerade im gegenwärtigen Zeitpunkt, wo die wissenschaftliche Psychiatrie durch Einbruch von mancherlei heterogenen und teilweise klinikfernen, ja -fremden Strömungen eine gewisse Krisis durchmacht, im Interesse einer kraftvollen zielsicheren Bewegung der klinischen Arbeit berechtigt und geboten dieser auf rein klinisch-empirischem Boden sich aufbauenden und auf diesem verbleibenden Forschungsrichtung zur nötigen Durchschlagskraft zu verhelfen.

II. Allgemeine klinische Strukturlehre: Der Aufbau der Psychose.

Aus der klinischen Erfahrung sicher abgeleitet und von jeder Einzelbeobachtung immer wieder neu bestätigt, läßt sich als Grundgesetz für die klinische Psychiatrie der Satz aufstellen: Die Psychose stellt durchaus nicht jenes von einem einzigen Punkte aus erschöpfend festgelegte, starre, so unverrückbar wie unwandelbar feststehende psychopathologische Einheitsgebilde dar, wie es zunächst wohl dem auf nosologische Typik eingestellten Blick erscheinen mag, als vielmehr einen hoch zusammengesetzten, geschlossenen, lebendigen funktionellen Komplex, der aus dem Zusammenspiel und Zusammenwirken (eventuell auch noch aus dem Gegenspiel, dem störenden, hemmenden Gegeneinanderwirken) verschiedenartiger Kräfte: biologischer wie psychologischer, normaler wie pathologischer, organischer wie funktioneller sich ergibt und in dessen Rahmen beispielsweise nicht nur der eigentliche spezifische Krankheitsprozeß, sondern auch die befallene Persönlichkeit mit allen ihren psychischen und physischen Komponenten, all ihren psycho- und biodynamischen, ihren cerebralen und sonstigen Reaktionstendenzen und sogar die eben erzeugten neu entstandenen Krankheitssymptome selbst rückwirkend von sich aus dynamisch wirksam sind. Mit dieser klinischen Erkenntnis ist ohne weiteres die grundsätzliche Anerkennung eines Aufbaues der Psychose gegeben, worunter die Zusammenfassung der gesamten konstituierenden Krankheitselemente in ihrem gesetzmäßigen Zusammenhang, ihren inneren Zuordnungen und in ihren ordnungsmäßigen Verknüpfungen untereinander wie mit den determinierenden Kräften zu verstehen ist. Dieser Aufbau bezieht sich also auf höhere klinische Einheiten, auf ganze abgeschlossene Erkrankungen: Individualfälle wie Krankheitsspielarten und Krankheitstypen (wobei — um auch dies von vornherein klarzustellen — unter psychischen Krankheiten gewisse nach Art und Folge regelmäßig wiederkehrende und daher auf innere Zusammenhänge und Zusammengehörigkeiten hinweisende ge-

schlossene Reihen klinischer Erscheinungen verstanden werden, die durch ihre regelmäßige Zuordnung zu gewissen mehr oder weniger sicher nachweisbaren besonderen Agentien sich auch als einheitlich verursacht darstellen und sich damit zu klinischen — oder doch praktischen — Einheiten zusammenschließen).

Dieser Krankheitsaufbau ist, so wesentlich er auch schon nach diesem kurzen grundsätzlichen Hinweis für die Erfassung des inneren Gefüges und damit des Wesens der Psychose erscheinen muß, bisher in der klinischen Psychiatrie ziemlich vernachlässigt oder wenigstens niemals systematisch klargelegt worden. Vielmehr hat man sich bestenfalls damit begnügt, in geeigneten Fällen speziell den Besonderheiten von Ursprung und Entstehungsweise einzelner Sonderzüge im Rahmen der Psychose nachzugehen. Erst bei der Bearbeitung der Kriegsneurosen wurde eigentlich der Anfang zu einer folgerichtigen Zergliederung des Gesamtaufbaus von Krankheitsfällen gemacht, und damit wenigstens für einen, wenn auch begrenzten, Formenkreis einigermaßen durchgeführt. Trotzdem bleibt aber als ebenso bedeutsame wie dringliche und im Grund auch neue klinische Aufgabe bestehen, einmal systematisch das ganze psychiatrische Gebiet unter diesem, bisher in der Psychiatrie so wenig zur Geltung gebrachten Sondergesichtspunkt durchzugehen und durchgängig jene schwerwiegenden klinischen Zerlegungen vorzunehmen, zu denen in erster Linie die Strukturanalyse berufen und fähig ist. Von selbst ergeben sich dabei drei klinische Teilaufgaben: 1. Zunächst einmal ganz allgemein die im Bereich der Psychosen in Betracht kommenden Aufbauerscheinungen nach Art, Anteil und inneren Beziehungen klarzustellen; sodann 2. sie im besonderen systematisch durch die ganze klinische Reihe hindurch an den einzelnen Krankheitsformen zu verfolgen, und schließlich 3. die von daher gewonnenen Ergebnisse und Erkenntnisse nun für grundsätzliche klinische Fragen: der Symptomatologie, der Diagnostik, der Nosologie und Systematik usw. folgerichtig zu verwerten.

1. Grundzüge des klinischen Aufbaus.

Für die Klarstellung der Bedeutung des Aufbaus im Rahmen der Psychose sowie für die übersichtliche und durchsichtige Herausholung der Haupttatbestände bedarf es von vornherein der Heraushebung gewisser, in allen Fällen wiederkehrender Grunderscheinungen und damit zugleich der Festlegung bestimmter an sie geknüpfter einfacher und eindeutiger Grundbegriffe, mit denen immer wieder zu arbeiten sein wird. Als solche alle Krankheitsfälle durchsetzende klinische Grundphänomene sind zunächst zu nennen: einmal solche, die auf die eigent-

liche Krankheitsverursachung sich beziehen, indem sie dem Krankheitsfall in seinem ganz spezifischen Charakter, seinem So-und-nicht-anders-sein erwirken, sodann aber solche, die für die Krankheitsausgestaltung in Betracht kommen, indem sie dem ätiologisch bereits in seiner Grundform, seinem spezifischen Grundcharakter festgelegten Krankheitsfall den Inhalt, die Färbung, die Sondergestalt usw. geben. Die erstere Phänomenengruppe soll (mit genügender unmittelbarer Kennzeichnung durch das Wort) als pathogenetische, die letztere als pathoplastische herausgehoben werden.

Innerhalb beider Gruppen treten zugleich noch einige weitere Aufbaumomente heraus, denen im einzelnen zwar eine verschiedene Wertigkeit für die pathogenetischen und pathoplastischen Vorgänge und Bildungen zukommt, die aber jedenfalls von grundsätzlich geringerer klinischer Dignität als jene Grundmomente selbst sind. Zunächst gehören hierher solche, die mehr als allgemeine Bereitschaften, allgemeine pathogenetische und pathoplastische Hilfsmomente zu gelten haben. Soweit sie auf die Verursachung Bezug haben, sollen sie als prädisponierende (vorbereitende), soweit sie für die Formgestaltung in Betracht kommen, als präformierende (vorbildende) gesondert werden.

Ihnen schließen sich dann noch Erscheinungen von noch geringerer klinischer (wenn auch oft genug von um so größerer praktischer) Wertigkeit an, insofern sie die anderweitig pathogenetisch und pathoplastisch festgelegten klinischen Gebilde lediglich aktivieren, mobilisieren und manifest machen. Es sind dies die provozierenden, deren klinische Bedeutung sich also im wesentlichen in der Überführung der Störung aus der Latenz in die Manifestation, aus der Ruhe in die Aktivität, aus dem Stillstand in die Progression erschöpft und die also vor allem den Ausbruch von Krankheit oder Symptom, den Zeitpunkt ihres Auftretens, den Krankheits- und Symptomentermin bestimmen.

Mit diesen wenigen Faktoren hat man in der Hauptsache die am Aufbau der Psychose beteiligten Erscheinungen an der Hand, und ihre geringe Zahl sowie ihre scheinbare Einfachheit und Eindeutigkeit läßt weder die Mannigfaltigkeit der vorkommenden Zusammensetzungen bei den klinischen Einzelformen, noch den Umfang der möglichen Kombinationen und Komplikationen, noch endlich die Schwierigkeiten einer restlosen Aufbauerfassung überhaupt erkennen.

Sie ergeben sich aus folgenden Tatsachen:

Zunächst können die am Aufbau der Psychose beteiligten Kräfte an sich denkbar verschiedenartig sein. Äußere (mechanische, toxische usw.) Momente kommen ebensogut in Betracht wie innersomatische (endokrine Störungen, Arteriosklerose u. a.), biologische (Konstitution,

Alter, weibliche Sexualphasen usw.) so gut wie psychologische (Erlebnisse, Milieu, Situationseinflüsse) und natürliche „normale" so gut wie pathologische. Sodann fügen sich diese in verschiedenster Richtung und vermittelst der verschiedensten Mechanismen wirksamen Momente in ganz verschiedener Weise beim Krankheitsaufbau zusammen, indem, je nach der Eigenart des Falles variierend, bald diese, bald jene Einzelfaktoren im Sinne der Pathogenese, der Pathoplastik, der Prädisposition, Provokation usw. klinisch wirksam sind und sich bald so, bald anders verbinden und mischen. Und schließlich trägt zur Erweiterung des klinischen Polymorphismus und zur Vervielgestaltung der Aufbauverhältnisse nicht zum wenigsten noch bei, daß unter den Aufbaudeterminanten gerade diejenigen eine besondere Rolle zu spielen pflegen, die in Wirkungsweise und -produkten besonders weitgehende Variationen gestatten. Es sind dies die psychischen Faktoren, denen ihre natürliche Affinität zu seelischen Vorgängen im allgemeinen (und daher auch zu den abnormen) von vornherein eine Vorzugsstellung im klinischen Aufbau gewährt. Sie beherrschen vor allem das besonders wichtige, weil wohl für jeden Krankheitsfall in Betracht kommende Gebiet der Pathoplastik: Psychoplastische — und wenn man noch weiter spezialisieren will: thymo-, ideo-, ethoplastische (von Gefühlen, Vorstellungen, Charakter ausgestaltete) Gebilde komplizieren in vielgestaltigen Niederschlägen (wofür später noch genügend Beweise) allenthalben alle möglichen psychotischen Fälle. Daneben fallen im übrigen selbstverständlich noch andere Formen psychischer Beeinflussung: solche eigentlicher Psychogenese, das heißt wirklicher psychischer Verursachung, sodann solche der Psychoprovokation, der psychischen Auslösung anders verursachter Phänomene usw. klinisch ins Gewicht (was nebenbei bemerkt eine entsprechende Differenzierung des vieldeutigen klinischen Psychogeniebegriffs unabweisbar macht).

Natürlich haben die verschiedenen Aufbaumomente gemäß ihrer verschiedenen in Art, Umfang und Zusammensetzung wechselnden Beteiligung am Aufbau der einzelnen Krankheitsformen auch eine verschiedene klinische Wertigkeit im Rahmen der verschiedenen Typen: Das Trauma, bei der Kommotionspsychose pathogenetisch ausschlaggebend, ist etwa bei einer epileptischen nur provozierend, bei einer psychogenen nur prädisponierend oder — den Symptomencharakter färbend — nur pathoplastisch beteiligt. Das alkoholische Agens, für das Trinkerdelirium pathogen, bereitet für eine hysterische Störung nur den Boden vor, gibt für eine schizophrene halluzinatorische Erregung pathoplastisch den alkoholisch gefärbten Symptomeninhalt, wirkt endlich beim pathologischen Rausch nur auslösend. Oder: die Konstitution, die für gewisse degenerative Störungen die durchaus

spezifische pathogene Determinante darstellt, gibt bei zahllosen andern Krankheitsformen (etwa den symptomatischen) nur die allgemein prädisponierende oder speziell präformierende oder pathoplastische Aufbaukomponente ab. Ähnlich kommt das biologische Moment der Lebensphasen in denkbar vielseitigster Weise für den Aufbau der Psychose in Betracht: So wirken prädisponierend die Entwicklungseinflüsse für die Hysterie, provozierend die Rückbildungsvorgänge für die Depressionszustände des späten Lebensalters (Involutionsmelancholie), pathoplastisch (möglicherweise) die psychischen Pubertätserscheinungen für die hebephrenen Symptomenbilder, pathogenetisch die senile Regression für die Altersdemenzen. Voll übersehen läßt sich vorläufig freilich noch nicht, warum bei den einzelnen Krankheitsfällen und -formen die verschiedenen Aufbaudeterminanten verschieden beteiligt sind, und warum bei bestimmten Krankheitsgruppen solche provozierenden, prädisponierenden, pathoplastischen usw. Momente eine Rolle spielen, bei anderen dagegen nicht, wenn auch ohne weiteres zu erkennen ist, daß hier Strukturunterschiede vorliegen, die in den Grundeigenheiten der einzelnen Störungen tief begründet liegen müssen. Und ebensowenig sind wir vorerst in der Lage festzustellen, welche klinische Wirkungs- und Durchschlagskraft, welche *klinische Valenz* den verschiedenen biologischen, psychologischen usw. Kräften im einzelnen zukommt, und eine klinische Valenzskala aufzustellen, die es verständlich macht, warum im Konkurrenzfalle sich die einen gegenüber den anderen durchsetzen, warum etwa bei der Bewußtseinsstörung des Alkoholdelirs gewohnheitsgemäße Vorstellungskreise (Beruf, Kneipe) sich eher im Inhalt niederschlagen als aktuelle oder stark gefühlsbetonte Erlebnisse. Nur eine Selbstverständlichkeit läßt sich ohne weiteres sicherstellen: Im Sinne einer *pathogenen* Wirkungskraft kann natürlich nur eine beschränkte Gruppe von Kräften in Betracht kommen, die ihrer Natur nach als pathologische angesprochen werden müssen, während für alle die andern Wirkungsformen im Sinne der Prädisposition, der Provokation, der Pathoplastik usw. ein viel umfangreicherer Kreis, der auch normalwertige Momente wie die physische Konstitution, den Charakter, den Alters- oder Geschlechtstyp, das natürliche Milieu und ähnliches umfaßt, ebensogut und vielleicht noch öfter heranzuziehen ist.

Mit den Aufbaudeterminanten wechseln natürlich auch die *Krankheitsmechanismen*, d. h. die Vorgänge, die im Einzelfall dem pathogenetischen, pathoplastischen, provozierenden, präformierenden usw. Geschehen zugrunde liegen. Ausreichende Einsichten, wie das Trauma, der Alkohol, das Alter, die Konstitution, der Charakter, das Milieu u. a. in dem oder jenem Sinne wirken, fehlen bisher weitgehend. Dies gilt vor allem für die Mechanismen *biodynamischer* wie *cerebral-pro-*

zessiver Art, die irgendwie auf bestimmte Hirnprozesse zurückgeführt werden müssen. An Hypothesen als Ersatz für Einsichten, wie etwa die von JELGERSMA für die pathogenetischen Vorgänge bei den exogenen Psychosen herangezogenen, fehlt es gewiß nicht, doch gehören sie in eine empirisch fundierte Aufbauanalyse nicht hinein. Die psychodynamischen — psychogenen und vor allem psychoplastischen — Mechanismen lassen sich, weil in der Hauptsache dem Normalpsychologischen nahestehend oder wenigstens psychologisch verständlich, schon eher übersehen. So kann man beispielsweise ohne weiteres solche, bei denen es sich um eine normalpsychologische Verarbeitung pathologischen Materials handelt: halluzinatorisch abgeleiteter Erklärungswahn, kombinatorische Weiterführung paranoischer Vorstellungen u. dgl., von anderen trennen, bei denen umgekehrt eine pathopsychologische Verarbeitung normalpsychischen Materials vorliegt: autosuggestive Realisierung von Wunschvorstellungen u. ä. Der folgende Aufsatz über die Gestaltungsvorgänge im klinischen Bilde wird genügend Gelegenheit bieten, diesen verschiedenen psychodynamischen Vorgängen näherzutreten.

Der polymorphe Aufbau der Psychose aus bestimmten verschiedenen pathogenetischen, pathoplastischen usw. Determinanten schließt im übrigen an sich nicht aus, daß einzelne von ihnen gewissermaßen zusammenfallen, daß das pathogenetische Moment zugleich Träger des pathoplastischen ist, daß vom prädisponierenden oder provozierenden Faktor zugleich psychoplastische Einflüsse ausgehen usw. Das psychische Erlebnis, das etwa das hysterische Delir provoziert, bestimmt zugleich auch psychoplastisch seinen Inhalt. Die pathologische Konstitution, die die Prädisposition für die schizophrene Störung abgibt, bedingt zugleich pathoplastisch auch ihre besondere (etwa periodische) Verlaufsform usw. usw. Auch diese Zusammendrängung der Aufbauanteile auf einzelne Determinanten bringt klinische Verwicklungen mit sich und erschwert insbesondere die klinische Einordnung des Falls aus der Aufbaueigenart heraus.

Den Aufbauprodukten selbst — und als solche stellen sich die Bestandteile des Krankheitsbildes: Symptome und Verlauf dar — kann man (dies die Hauptkomplikation und -schwierigkeit) bei der Vielgestaltigkeit der richtunggebenden Kräfte in allen Fällen durchaus nicht immer ansehen, durch welche Aufbaudeterminanten sie zustande gekommen sind. Die gleichen oder wenigstens gleich aussehenden Krankheitserscheinungen — Symptomenbilder wie Verlaufsformen — können durchaus verschieden: bald pathogenetisch, bald pathoplastisch usw. bedingt sein. Der Depressionszustand, der bei der echten melancholischen Störung pathogenetisch durch die Konstitution festgelegt ist, ist beim Psychopathen psychoplastisch durch depressive Erlebnisse

determiniert. Der periodische Krankheitsablauf, beim manisch-depressiven Irresein wieder pathogenetischen Ursprungs, hat etwa bei der Schizophrenie seine Ursache in der pathoplastischen Wirkung einer konstitutiven Sonderkomponente. Die Prädominanz von Gehörshalluzinationen ist im einen Falle lediglich pathoplastisch durch psychische Momente: Niederschlag einer erregenden Auseinandersetzung, im anderen durch lokale Prozesse: Ohrenerkrankung, in einem dritten durch konstitutive Eigenheiten: Zugehörigkeit zu einem auditiven Sinnestyp und nur in einem vierten pathogenetisch durch den Grundcharakter der Störung gegeben. Vielfach hindert die unzulängliche Einsicht in die allgemeinen klinischen Zusammenhänge überhaupt die richtige Zuweisung der Krankheitserscheinungen. Gewiß sind im allgemeinen die groben elementaren Grundformen nach Art der organischen Demenzsyndrome pathogenetisch abzuleiten, und die speziellen Ausgestaltungen, also etwa die Inhalte von Wahnideen und Sinnestäuschungen, patho- bzw. psychoplastisch, doch kann man schon nicht mit gleicher Bestimmtheit sagen, ob etwa die angeblich bevorzugte Rot- (Blut-) Halluzination der epileptischen Delirien, ob die schizophrenen Wahninhalte von Gedankenentziehung, ob die alkoholische oder involutionsmelancholische Angstemotion lediglich ein pathogenetisches oder ein pathoplastisches Phänomen oder nicht etwa teils das eine, teils das andere darstellen. Läßt man bei der Schizophrenie nur das, was nach Bleuler zu den Grundsymptomen gehört, als pathogenetisch gegeben gelten, und versucht man alles sonstige anderweitig, speziell bei den pathoplastischen Erscheinungen unterzubringen, dann merkt man erst so recht die Schwierigkeiten einer einwandfreien Entscheidung.

Diese klinischen Zergliederungsversuche bringen noch eine weitere für die klinische Erfassung ungemein schwerwiegende und folgenreiche Erscheinung: den überraschend hohen Anteil der pathoplastischen Vorgänge am Psychoseaufbau und ihren großen klinischen Umfang überhaupt zum Vorschein. Das Gebiet des Pathoplastischen geht weit über das hinaus, was so im allgemeinen und von jeher als sein Wirkungsbereich anerkannt wird: die Determinierung von Halluzinations- und Wahninhalt von dem persönlichen Erfahrungskreis, dem Milieu, den allgemeinen Zeitanschauungen u. dgl. aus. Neben den bloßen Symptomeninhalten können ganze Symptomenbilder und -episoden, neben den symptomatologischen Zügen auch die Verlaufsformen und Ausgänge pathoplastisch bestimmt werden. Bei den verschiedensten Krankheitstypen, exogenen so gut wie endogenen, und von den verschiedensten — äußeren wie inneren — Determinanten her, von psychischen Einwirkungen, körperlichen Schädigungen, von Konstitution, Charaktereigenart und vielem andern ausgehend, findet man diese pathoplastischen Wirkungen wieder.

Das allgemeine Verhältnis zwischen den sich allenthalben im Krankheitsrahmen treffenden und kreuzenden Hauptdeterminanten des klinischen Aufbaus, den pathogenetischen und pathoplastischen Erscheinungen pflegt übrigens durch die sonst üblichen klinisch-analytischen Versuche eigentlich nicht erschöpfend erfaßt zu werden. Was man etwa mit NEISSER als primäre, direkt vom Krankheitsprozeß gegebene und sekundäre, psychologisch von jenen erst abgeleitete Erscheinungen anspricht, deckt sich mit den genannten Aufbaudeterminanten ganz gewiß noch nicht, so gewiß auch die primären Phänomene grundsätzlich für die pathogenetischen, die sekundären in der Hauptsache für die pathoplastischen in Anspruch genommen werden können. Die Gruppierung nach Elementar- und zusammengesetzten Erscheinungen ist ihrem Wesen nach überhaupt anders orientiert, wenn auch unverkennbar speziell die Elementarphänomene vorwiegend im Bereich der pathogenetischen zu suchen sein dürften. Auch die BLEULERsche Trennung von Grundsymptomen und akzessorischen scheint mit der hier angestrebten nicht identisch, wenigstens wenn man sich an BLEULERS eigene Definition: Grundsymptome in jedem Falle bei gewisser Krankheitshöhe vorkommend, daher wohl in nuce, wenn auch nicht manifest, stets vorhanden; akzessorische beliebig fehlend, auftretend, sich kombinierend, verschwindend — hält. Sieht man mit MAIER in den Grundphänomenen die für den inneren Krankheitsprozeß typischen, in den akzessorischen nur die der Erscheinungsform der einzelnen Symptome eigenen Bildungen, dann scheint allerdings eine weitergehende Übereinstimmung gegeben, ohne daß aber die akzessorischen Momente den ganzen Bereich des Pathoplastischen zu umfassen vermögen.

2. Der Aufbau bei den einzelnen Krankheitsformen.

Wir sind nunmehr in den Stand gesetzt, unter dem Aufbaugesichtspunkt zu den psychischen Krankheitsformen selbst Stellung zu nehmen, sie in ihrer Eigenart nach dieser Richtung zu erfassen und so das Aufbauprinzip zunächst einmal an den Realitäten der klinischen Fälle zu erproben. Selbstverständlich kann es sich dabei, da es hier lediglich auf Grundsätzliches ankommt, nur um eine Heraushebung des Wesentlichen, Charakteristischen, den klinischen Aufbau Beleuchtenden handeln. Die Krankheitsformen selbst wählen und ordnen wir, wie es dem Aufbaugesichtspunkt entspricht, nach dem pathogenetischen Prinzip. Wir erhalten so eine systematische klinische Reihe (vgl. die Tabelle S. 98/99): 1. exogene Krankheitstypen mit vorwiegend destruktiver Tendenz: organische Demenzpsychosen; 2. exogene Krankheitstypen mit vorwiegend restitutiver Tendenz: exogene

Psychosen im engeren Sinne; 3. somatogen-autotoxisch-konstitutive Krankheitstypen: schizophrene Psychosen; 4. rein endogene Krankheitstypen: konstitutiv-funktionelle Psychosen; 5. psychisch bedingte (bzw. psychisch + konstitutiv bedingte) Krankheitstypen: psychogene Psychosen. — Bei dieser Gruppierung müssen so gut wie die Eigenart und Differenzen der pathogenetischen Momente selbst, so auch die Eigenart und Unterschiede der sonstigen Aufbaukomponenten der einzelnen klinischen Gruppen halbwegs charakteristisch und prägnant zur Gegenüberstellung kommen.

1. Bei der Gruppe der **organischen Demenzpsychosen** ist das klinische Bild durch die verschiedenen Manifestationen des zerstörenden Hirnprozesses: die chronischen der fortschreitenden Demenz wie die episodischen der verworrenen Erregungen, der organisch-deliranten Benommenheitszustände u. dgl. weitgehend beherrscht und festgelegt. Entsprechend diesem die geordneten psychischen Zusammenhänge wie die Gesamtpersönlichkeit störenden, ja selbst aufhebenden klinischen Grundcharakter treten bei diesen Psychosen besondere Aufbauerscheinungen — wenigstens in den ausgeprägten Fällen und Stadien — erheblich zurück und dies um so mehr, je weitergehend und tiefergreifend die Hirnschädigung ist. Bei den schwersten Verfallsformen kommen sie daher überhaupt kaum noch in Betracht. Aber auch in den weniger schweren Fällen pflegt die pathogene Wirkung des spezifischen Agens zu weitgehend das Krankheitsbild festzulegen, als daß für andere, zumal pathoplastische Wirkungsmöglichkeiten noch genügend Raum bliebe. Daher kann vom Aufbaugesichtspunkt speziell die geringe Pathoplastik als bezeichnendes Merkmal dieser organischen Formen gelten. Immerhin geben doch auch selbst diese Demenztypen in einem, wenn auch geringen Umfang einige Grundlagen für einen klinischen Aufbau. Nur muß man von jenem bezeichnenden klinischen Sonderphänomen ausgehen, das mit sachlicher Rechtfertigung mit einem bereits in ähnlichem Sinne verwandten Ausdruck als Abbau (v. Monakow) hingestellt werden kann.

Dieser rein pathogenetisch determinierte Abbau, der bei diesen organischen Psychosen an dem hochkonstituierten und -aufgebauten Einheitskomplex der vollentwickelten Gesamtpersönlichkeit[1]) vor sich geht, gibt in zwei charakteristischen Formen die Basis für

[1]) Die fertige psychische Persönlichkeit läßt sich in naheliegender Analogie mit den psychischen Krankheitsfällen als ein gleichfalls geschlossenes psychisches Einheitsgebilde auch unter dem Aufbaugesichtspunkt erfassen: Sie ist in ihrer Eigenart durch biogenetische Momente: individuelle Konstitution, Geschlechts-, Rassentypus usw. in der Grundform festgelegt und durch bio- bzw. psychoplastische: Alterseinfluß, Krankheiten und andere physische Einwirkungen, Erziehung, Lebenschicksale, Milieu usw. im einzelnen ausgestaltet.

eigenartige und neuartige Aufbauphänomene: Einmal ganz allgemein durch Herabsetzung des psychischen Organisationsniveaus, durch Herabsinken auf ein primitiveres seelisches Funktionssystem, wie es in dem Wesen der Demenz, bzw. in weniger schwerer Form in der durch die organische Hirnschädigung bedingten Charakterdegeneration gegeben ist. Hier kommt die Schwächung des psychischen Funktionsoberbaus, der höheren seelischen Regulier- und Hemmungsmechanismen (deren weitgehende allgemein-pathologischen Wirkungen — im Sinne der Hemmungs- und Direktionslosigkeit, der egozentrisch eingeengten Triebhaftigkeit usw. — ja zur Genüge bekannt sind) als wichtiger Symptomenbildner zur Geltung. Durch die Beeinträchtigung der Maß- und Gleichgewichtsbeziehungen zwischen den psychischen Funktionen, speziell den intellektuellen und affektiven, durch Versagen der richtigen Gefühls- und Verstandessteuerung, durch das unverhältnismäßige Übergewicht des Affektiven bei den seelischen Abläufen und nicht zuletzt durch die Bevorzugung emotioneller Denkmechanismen (verstärkte Wunsch-, Ichbetonungseinflüsse u. dgl.) wird die Produktion von neuartigen psychotischen Gebilden, speziell von Wahngebilden ermöglicht und gefördert. Diese durch psychologische Tendenzen angeregte, durch psychodynamische Mechanismen entwickelten Wahnsyndrome: expansive, hypochondrische, Beeinträchtigungsideen usw. sind also nicht mehr spezifisch organischer Genese, sondern nur auf dem organischen Boden aufgebaut, sie sind vielmehr als Auswirkungen der durch den Abbau pathologisch veränderten Persönlichkeit anzusprechen. Sie erhalten allerdings gewöhnlich vom Organischen her einen pathoplastischen Sondereinschlag, eine „dementive" Färbung durch ihr Vereinzeltbleiben, ihre unzulängliche Motiviertheit, ihren lockeren Zusammenhang u. a. m.

Noch wesentlicher erweist sich für den Symptomenaufbau und die Syndromengestaltung der organischen Demenzpsychosen die mit der eben gekennzeichneten eng zusammenhängende zweite Abbauform: die Frei- und Manifestmachung, die Aktivierung und Mobilisierung gewisser Grundkomponenten der befallenen Persönlichkeit, und zwar auch der sonst gebundenen, gehemmten und latent gehaltenen. Dadurch kommt es im Symptomenbilde der verschiedensten organischen Störungen — arteriosclerotischen so gut wie senilen, hirnluetischen wie paralytischen usw. — zum Auftreten, zu einer Heraushebung und verstärkten funktionellen Wirksamkeit persönlicher Dispositionen und individueller Einzelzüge der verschiedensten Art, sowohl normalwertiger charakterologischer wie konstitutioneller pathologischer: hypochondrischer, hysterischer und sonstiger psychopathischer und degenerativer. Speziell jene den organischen Störungen als mehr oder weniger spezifisch zugerechneten Syn-

dromenbilder manischen, depressiven, paranoiden usw. Charakters sind aus dem pathoplastischen Hineinspielen entsprechender Sonderkonstitutionen abzuleiten (so PERNET bezüglich der affektiven Bilder der Paralyse, DE MOUCHY bezüglich der entsprechenden hirnarteriosclerotischen, SEELERT: der depressiven, SEELERT, KLEIST, GAUPP: der paranoiden des höheren Lebensalters u. a. m.[1]). So wird man denn auch nicht fehlgehen, wenn man gerade für gewisse funktionelle Spielarten organischer Psychosen wie eben die depressiven, manischen, paranoiden des Involutions- oder Greisenalters u. ä. die vorzugsweise pathoplastische Bedingtheit anerkennt und sie damit in einen gewissen Gegensatz etwa zu den dementiv-blanden oder furibund-erregten Formen bringt, die wohl als rein pathogenetisch festgelegte anzusehen sind.

Im allgemeinen pflegen es vorwiegend die leichteren Formen und die Anfangsstadien der organischen Störungen zu sein, in denen die individual-psychischen Konstitutions- und Persönlichkeitselemente durch den Abbau frei werden und dann im Symptomenbilde formgebend zum Niederschlag kommen. Bei den schweren Fällen und fortgeschrittenen Verlaufsstadien dagegen schlagen anscheinend entwicklungsgeschichtlich ältere elementare und primitivere, die sonst im Gesamtgefüge der Persönlichkeit in ausreichender Latenz gehalten werden, im Symptomenbilde gestaltgebend durch. Es sind dies vor allem jene encephalopathischen Symptomengebilde KRAEPELINS, die in Form von Zähneknirschen, rhythmischer Motorik u. dgl. mehr grob cerebralen Mechanismen dem Krankheitsbilde der schweren Demenzen noch einen bezeichnenden „organischen" Sonderzuwachs geben.

Alles in allem sehen wir hier im Zusammenhang mit dem Abbau und durch ihn erstmalig eine Erscheinung realisiert, die auch sonst im Rahmen der durch materielle Noxen erzeugten Psychosen wiederkehrt: daß zu den durch die organische Hirnschädigung gesetzten, exogen erwirkten psychotischen Grundsymptomen, die sich als neugebildet charakterisieren, eine Gruppe andersartiger hinzutritt, die, mit der Persönlichkeit des Erkrankten gegeben und ihr entstammend, endogenen Ursprungs sind, und als vorgebildet angesprocchen werden müssen. —

Gegenüber diesen grundsätzlich bedeutsamen Aufbaukomponenten der organischen Psychosen treten andere als mehr nebensächliche und gelegentliche zurück: So etwa die körperlichen und psychi-

[1]) PERNET: Über die Bedeutung von Erblichkeit und Vorgeschichte für das klinische Bild der progressiven Paralyse. Berlin 1917. KALB: Beiträge zur Belastungsfrage bei der Paralyse. Zeitschr. f. d. ges. Neurol. u. Psychiatr., Bd. 34. DE MOUCHY: Die Zergliederung des psychischen Krankheitsbilds bei der Arteriosclerosis cerebri. Berlin 1922 usw.

schen Mißempfindungen des höheren Alters als Wahnmaterial für die senil- und präsenil-paranoiden Krankheitsformen; so etwa exogene Schädlichkeiten als provozierende Momente für das Auftreten reaktiv-psychotischer Episoden organischen Charakters (delirante Verworrenheits-, halluzinatorische Erregungszustände, organische Benommenheitszustände u. dgl.); so psychische Traumen, Krankheitswünsche und -befürchtungen oder auch einfache Krankheitsempfindungen als Reiz- und Gestaltungsfaktoren für psychogene Reaktionen und Auflagerungen der verschiedensten Art (Pseudodemenzen usw.); so psychische und insbesondere affektive Momente als bestimmende Kräfte für die Schwankungen in der Ausprägung der organischen Symptome (gefühlsbeeinflußte Verstärkungen der Aufmerksamkeits-, Auffassungs- und Gedächtnismängel, elektives Versagen an sich und sonst noch leistungsfähiger psychischer Funktionen) u. dgl. mehr. Diese letzteren Momente liefern übrigens zugleich den Beweis dafür, daß selbst an den Intensitätsgraden der organischen Symptome verschiedene — und zwar recht heterogene — Aufbaumomente zusammenwirkend beteiligt sein können.

Das Wesentliche für den Aufbau dieser organisch-psychotischen Störungen liegt hier, wie gesagt, freilich nicht. Es liegt vielmehr einmal darin, daß manche als typisch für die (senilen, paralytischen usw.) Krankheitsformen geltenden Merkmale von Symptomen- und Verlaufsbild sowie manche als charakteristisch bewertete Spielarten dieser Typen sich in der Hauptsache nicht sowohl als pathogenetischer wie vielmehr pathoplastischer Herkunft erweisen und damit eigentlich ihre Wertigkeit als dem Krankheitstypus unbedingt wesenszugehörige Erscheinungen verlieren. Und zweitens — eng damit zusammenhängend —: daß selbst pathogenetisch so eindeutig und einheitlich aussehende und klinisch so gut faßbare Krankheitsformen, wie gerade die organischen sich bei näherer Strukturzerlegung nicht selten als polymorph und heterogen: aus exogenen und endogenen Komponenten zusammengesetzt erweisen.

2. Die **exogenen** Störungen im engeren Sinne, d. h. die durch infektiöse, toxische, autotoxische, traumatische und andere Hirnschädigungen verursachten psychotischen Typen (zu denen vor allem die umfassende Gruppe der symptomatischen Psychosen und von endotoxischen speziell auch die Epilepsie zu rechnen ist), erscheinen in ihren symptomatologischen Grundzügen festgelegt durch jene auf den verschiedensten psychischen Systemgebieten zum Ausdruck kommenden ziemlich elementaren Hirnschädigungsäußerungen vom Charakter der Reiz-, Erregungs-, Dissoziationszustände u. dgl., wie sie speziell in den von BONHÖFFER als spezifisch exogene herausgehobenen

Prädilektionstypen niedergelegt sind. In ihrer Verlaufsart sind sie in gleicher Weise geprägt durch die ihnen pathogenetisch gegebene restitutive Tendenz, die je nach der Intensität der Schädigung in verschiedenen — kritischen, lytischen, durch ein (emotionell-hyperästhetisches) Nachstadium gehenden — Ablaufsformen sich äußert. Immerhin: auch im Rahmen dieser psychotischen Typen finden sich mannigfache weitere jene Grundstrukturen beeinflussende und gestaltende Aufbaukomponenten, die die vielseitigen Beziehungen und Bedingtheiten der einzelnen Krankheitsfälle und Spielarten genügend beweisen.

Ganz allgemein müssen in erster Linie speziell die pathoplastischen Einflüsse in umfassendem Maße für die klinischen Eigenheiten der exogenen Psychosen herangezogen werden: Der maßgebende Anteil psycho- und thymoplastischer Determinanten für den Inhalt von Infektionsdelirien u. dgl. (Kriegswünsche bei Kriegstyphusfällen) ist ziemlich weitgehend erwiesen. Doch auch somatische und biologische Momente: Alter, Kräftezustand, Konstitution u. a. werden zu Symptomen- wie Verlaufseigentümlichkeiten dieser Störungen in innere Beziehungen gesetzt, wie beispielsweise Bonhöffer speziell ihre manischen Varianten als konstitutiv bedingte anspricht und darüber hinaus Ewald noch besondere konstitutive Aufbaukomponenten für die verschiedenen Amentiaformen in Anspruch nimmt. Daß man speziell ohne endogen-konstitutive Faktoren bei den Spielarten dieser exogenen Störungen nicht gut auskommt, beweist am besten die Alkoholhalluzinose, für deren spezifischen Krankheitscharakter man neben dem pathogenetischen Alkoholmoment noch eine besondere sensorische Veranlagung, einen auditiven Sinnestyp heranzuziehen pflegt (dessen Existenz übrigens die besondere sprachliche Gewandtheit dieser Kranken zu bestätigen scheint [Bonhöffer]). Aus diesem konstitutiven Einschlag würde sich freilich nur gerade der halluzinatorische Sondercharakter mit seiner bezeichnenden Prädominanz der Acoasmen pathologisch ableiten lassen, nicht aber die sonstigen vom typisch exogenen Bilde abweichenden Eigenheiten, für die dann evtl. noch weitere Konstitutionseigenheiten — nach den erbbiologischen Anschauungen speziell schizoide — heranzuholen wären. — Daß schließlich ziemlich allgemein ein besonderes prädisponierendes Aufbaumoment: eine spezifische endogene Bereitschaft etwa in Form einer wenig resistenten Hirnanlage bei diesen exogenen Störungen gemeinhin als notwendig gilt, sei zu ihrer Aufbaucharakteristik noch hervorgehoben.

Um die verwickelten Aufbauverhältnisse bei diesen exogenen Psychosen voll zu übersehen, geht man zweckmäßig auf eine Sondergruppe: die alkoholischen Störungen mit ihren vielgestaltigen Spielarten näher ein.

Am Beispiel des Alkoholdelirs läßt sich zunächst am charakte-

ristischsten der weitgehende Aufbaupolymorphismus, der sich mehr oder weniger ähnlich auch bei sonstigen symptomatischen Delirs (infektiösen usw.) wiederfindet, herausholen: Pathogenetisch durch das toxische Agens festgelegt (der Zusammenhang im besonderen, die Beteiligung etwaiger ätiologischer Zwischenglieder u. dgl. kann hier außer acht bleiben), zieht es im einzelnen zu seinem Aufbau noch alle möglichen anderen Momente heran: sowohl prädisponierende: Unterernährung, Erschöpfung, Schädeltraumen, wie provozierende: Körperverletzungen, Infektionskrankheiten usw.; weiter pathoplastisch die Symptomatologie beeinflussende: Angsthalluzinationen erzeugende Herzschwäche und Atemnot; den Delirinhalt bestimmende individuelle Gewohnheiten (Berufsdelir, Kneipendelir usw.); schließlich dann auch noch pathoplastisch auf den Verlauf einwirkende: die Krankheitskorrektur erschwerendes hohes Alter bzw. körperliche Dekrepidität (SCHRÖDER) usw.

Nach einer weiteren Richtung beleuchtet den Aufbaupolymorphismus dieser Krankheitstypen der chronisch alkoholische Eifersuchtswahn, die „Alkoholparanoia". Verschiedenartigere und -wertigere Aufbaudeterminanten als bei diesem als einheitlich und geschlossen geltenden Krankheitstyp herangezogen zu werden pflegen, sind kaum noch denkbar: Eine vom Alkoholeinfluß bedingte und geprägte äußere Situation speziell sexueller Färbung: ehelicher Zerfall; vom Alkohol beeinflußte körperlich-seelische Veränderungen in der Sexualsphäre: herabgesetzte sexuelle Leistungsfähigkeit neben gesteigerter sexueller Begehrlichkeit; vom Alkohol gesetzte gesamtpsychische Veränderungen: eine mit Urteilsschwäche und Einsichtslosigkeit speziell gegenüber der eigenen sexual-psychischen Sondersituation einhergehende Charakterdepravation (die übrigens selbst nicht allgemein als rein alkoholisch-pathogenetisch anerkannt, sondern zum Teil sehr weitgehend pathoplastisch von einer besonderen pathologischen Konstitution abgeleitet wird), dazu schließlich — wenn auch wohl mehr akzidentell — noch psychotische alkoholische Erscheinungen: sexualpsychoplastisch determinierte halluzinatorische und deliriöse Erlebnisse — diese vielfältigen, teils präformierenden, teils provozierenden, teils patho- und psychoplastischen Momente gelten seit KRAFFT-EBING als die natürlichen klinischen Komponenten einer angeblich selbständigen und reinen Krankheitseinheit. Damit erfährt nun umgekehrt die Psychose eine besondere Beleuchtung vom Aufbau her: Kann man auch den Zusammenhang dieser Alkoholparanoia mit dem ihre scheinbare Spezifität verbürgenden Alkoholfaktor nicht ableugnen, so muß man ihn doch zum mindesten als teils recht lose, teils recht heterogen hinstellen. Ganz abgesehen davon, daß, um das Maß der Heterogenität voll zu machen, im Symptomenbild noch eine Aufbaukomponente eine Rolle zu spielen

pflegt, die ihrem Wesen nach mit dem pathogenen alkoholischen Momente ganz gewiß nichts weiter zu tun hat, sondern vielmehr aus rein natürlichen psychologischen Bedürfnissen — kognitiven wie emotionellen — stammt und daher als ein allgemeiner psychoplastischer Faktor anzusprechen ist: Es ist die Systematisierungstendenz, jene stark symptomenbildende und -erweiternde Kraft, die sich auch sonst noch im klinischen Bereich findet (unter anderem ja auch bei der Alkoholhalluzinose) und die mit besonders starker Wirkungskraft sich speziell als kombinatorisch wirkendes Moment maßgebend am Aufbau der verschiedenartigsten Wahnpsychosen beteiligt.

Gerade bei dieser Alkoholparanoia zeigt sich zugleich auch noch der nosologische Wert des Aufbaus gegenüber gewissen Krankheitsaufstellungen: Ein so vielseitig aufgebauter „exogener" Krankheitstypus entspricht gewiß nicht den Anforderungen, die im Interesse der Reinheit und Einheitlichkeit der psychiatrischen Systematik speziell an eine ätiologisch abgeleitete Krankheitsform zu stellen sind. In der Tat entfernt sich ja der klinische Vorgang in manchen hierher gerechneten Fällen von „Alkoholparanoia" recht weit von dem, was die typisch exogenen Psychosen im allgemeinen und die typischen Alkoholpsychosen im besonderen in Bild und Verlauf bieten, und nähert sich so weitgehend anderen klinischen Typen (etwa den konstitutiven nach Art der pathologischen Entwicklungen), daß eine klinische Umrangierung wenigstens so mancher Fälle von chronischem Eifersuchtswahn zum mindesten nahegelegt wird. Was zudem klassifikatorisch noch besonders ins Gewicht fällt, ist die Tatsache, daß in vielen dieser Fälle die klinische Stellung der Alkoholkomponente als wirklich pathogenetische nicht einmal über jeden Zweifel sichergestellt ist. Vielmehr ergibt in äußerlich durchaus ähnlichen und daher hierher gerechneten Fällen die Aufbauanalyse, daß in der Hauptsache der Alkohol nur pathoplastisch auf den Wahn- und Halluzinationsinhalt gewirkt hat, daß aber das pathogenetische Moment ganz anderswoher stammt, etwa von der pathologischen Konstitution wie bei der Paranoia, von noch unbekannten endotoxischen Hirnschädigungen wie bei den schizophrenen und paraphrenen Formen.

Wie entscheidend die richtige Einsetzung eines bestimmten Faktors in den klinischen Aufbau speziell in Beziehung auf Pathogenese und Pathoplastik als Voraussetzung für die richtige klinische Stellungnahme und nosologische Einordnung ins Gewicht fällt, das zeigt sich am deutlichsten am Alkoholmoment in seinem Verhältnis zu weiteren „Alkoholpsychosen", von der Art der chronisch-halluzinatorischen und -paranoischen. Das Bestehen initialer alkohol-psychotischer Bilder, das „Herauswachsen" anscheinend aus einer akuten alkoholischen Erkrankung, die alkoholische Färbung des klinischen

Bildes, zumal in der Art der Sinnestäuschungen und der Affektlage (Angst), die halluzinatorischen Schwankungen — Exacerbationen und Nachlässe — in Abhängigkeit vom Alkoholgenuß, alle diese vielfach als ausreichende Beweisstücke für die wirklich alkoholische Natur der Störungen herangezogenen Erscheinungen sind mit der Existenz pathogenetisch durchaus andersartiger Psychosen, degenerativer, schizophrener usw., bei lediglich pathoplastischem Alkoholeinschlag sehr wohl vereinbar. Sie können bloße exogene Einschläge in ein ganz andersartiges Krankheitsbild darstellen, dessen pathogenetisch gegebenen spezifischen Grundstörungen freilich in solchen Fällen nicht mit genügend erkennbaren Merkmalen hervortreten. Immerhin: Einer den Aufbau voll erfassenden klinischen Diagnostik könnte es noch am ehesten gelingen, jene pathogenetischen Krankheitsbestandteile richtig zu fassen und so zugleich die nicht-pathogenetische Beteiligung des Alkoholfaktors bei solchen „chronischen Alkoholpsychosen" heraus zu erkennen.

3. Die ganze klinische Bedeutung des Aufbauphänomens und die ganze Schwierigkeit einer Strukturanalyse kommen am prägnantesten bei der **Schizophrenie** zum Ausdruck. Als Grundlage für die Aufbaubetrachtung dieser Psychose kann wohl ihr pathogenetischer Zusammenhang mit einer somatogen-autotoxischen Noxe und somit eine gewisse pathogenetische Verwandtschaft mit den exogenen Typen dienen. Damit sind auch gewisse allgemeine Grundstörungen dieser Krankheitsform festgelegt, die wenigstens in ihren akuten Manifestationen mit ihren halluzinatorischen, dissoziativen, Excitationssyndromen u. dgl. ziemlich weitgehend manchen exogenen Hirnschädigungsäußerungen sich nähern. Die chronischen und Dauerformen dieser autotoxisch-schizophrenen Hirnschädigungen freilich, die in der spezifischen schizophrenen Demenz mit ihren eigenartigen Aufmerksamkeits-, Assoziationsmängeln usw. ihren charakteristischen Niederschlag finden, müssen als Grundstörungen eigner Art mit dem Sondercharakteristikum der psychischen Intentionalitätsschwächung außerdem selbständig herausgehoben werden.

Mit diesen Grundformen kann nun allerdings vorerst nur eine beschränkte Anzahl schizophrener Krankheitsbilder ausreichend erfaßt werden. Immerhin genügt doch aber wenigstens diese pathogenetische Begrenzung, um für den enormen schizophrenen Formenkreis mit allen seinen mannigfachen, als mehr oder weniger charakteristisch geltenden Bild- und Verlaufsbesonderheiten noch auf die unumgängliche Beteiligung weiterer Aufbaukomponenten hinzuweisen. In diesem Sinne erscheint es bezeichnend genug, daß BLEULER zum Verständnis für die „kontinuierliche Schattierung der Dementia praecox vom Gesunden

bis zu ihrer schwersten Erscheinung" ausdrücklich den Anteil vieler Faktoren und ihrer Kombinationen betont.

Als wichtigste Aufbaukomponente der schizophrenen Störungen darf wohl ganz allgemein die Konstitution gelten, deren Beteiligung durch gewisse Tatsachen der Heredität und der prämorbiden pathologischen Eigenart des Erkrankten nahegelegt und sichergestellt wird. Sie kommt zunächst rein pathogenetisch in Betracht, und zwar sowohl in mehr allgemeinem und ziemlich unbestimmtem Sinne als einfach prädisponierend, wie vor allem mit mehr oder weniger spezifischem Sondercharakter unmittelbar den Krankheitstypus festlegend (Kretschmers schizoide Konstitution). Vielfach zunächst latent, pflegt sie dann durch provozierende Faktoren (Schizophrenie im Anschluß an Infektionskrankheiten, Traumen, Wochenbett, Strafhaft usw.) manifest und aktiv zu werden. Sie kommt weiter, und zwar meist in Form irgendeiner bestimmten psychopathischen Konstitution auch pathoplastisch — symptomen- und verlaufsgestaltend — in Frage. So darf man vielleicht, wenn man eine solche schizoide Konstitution anerkennt, gewisse syndromale Charakteristica, wie Affektstarre, autistische Einstellungen, Sperrungen u. dgl. von dieser konstitutiven Sonderkomponente ableiten, während es vorläufig bis zur sichernden Nachprüfung als zweifelhaft gelten muß, ob ganz allgemein die spezifische Hauptsymptomatologie der Schizophrenie wirklich, wie Kretschmer will, auf bloße Steigerungen jener konstitutiven Eigenheiten zurückzuführen ist. Des weiteren und vor allem wirken wohl auch noch andersartige konstitutive Einschläge pathoplastisch bestimmend mit, wie in den gar nicht seltenen Fällen, wo konstitutionelle Dispositionen (wie wir meinen: allgemein degenerativer, nicht-schizoider Art): phantastisch-pseudologische, paranoisch-querulatorische u. a., sich unverkennbar in einem schizophren-paranoiden u. dgl. Symptomenbilde niederschlagen. Auch Schizophrenien mit manisch-depressiver Symptomatik und cyclischer (periodischer) Verlaufsform, auf die gerade in letzter Zeit das klinische Augenmerk der Konstitutionspsychiater gerichtet war, dürften in ähnlichem Sinne aufgebaut sein. — Nach alledem dürften also mancherlei schizophrene Erscheinungen, und zwar sowohl solche, die als mehr oder weniger typisch, wie auch solche, die gerade als atypisch gelten, vorzugsweise konstitutiv pathoplastisch abzuleiten sein.

Wie weit unter den exogenen Aufbaudeterminanten der Schizophrenie physische — so die verschiedentlich herangezogenen Kommotionstraumen und der Alkoholmißbrauch — wirklich als prädisponierende bzw. provozierende Momente wirksam sind, bedarf noch der Nachprüfung. An der Alkoholpathoplastik im Symptomenbild schizophrener Alkoholisten wird freilich kaum zu zweifeln sein. Siche-

rer erscheint allerdings der Aufbauanteil exogen-psychischer Faktoren, der gerade hier zu reichlichen klinischen Komplikationen und differentialdiagnostischen Schwierigkeiten zu führen pflegt. In dem Umfange freilich, wie diese psychischen Momente von manchen Seiten unter einseitiger Ausdeutung im Sinne FREUDscher Mechanismen speziell für die Psychoplastik der Schizophrenien in Anspruch genommen werden, wird man sie kaum anerkennen können. Auf der andern Seite wird man sich aber nicht verhehlen dürfen, daß die zahllosen abnormen Bewußtseinsinhalte dieser Kranken, soweit sie nicht auf die Grundstörungen selbst unmittelbar zurückführbar sind, am ehesten doch psychisch (insbesondere emotionell) bedingt und bestimmt sein dürften, mag sich auch dieser Zusammenhang vorerst noch dem sichern Nachweis entziehen.

Auf die provozierende, d. h. also den Krankheitsausbruch veranlassende Bedeutung psychischer Faktoren legt vor allem BLEULER einen ungewöhnlich großen Wert, derart, daß er geradezu die verunglückte Liebe ausdrücklich als krankheitsauslösendes Moment herauszuheben für nötig hält. Da die Untersuchungshaft, d. h. eine Situation von anerkannt starkem Affektwert im allgemeinen den Ausbruch von Schizophrenien nicht nachweislich zu fördern pflegt (im Gegensatz zur Strafhaft), und da auch die Kriegserregungen ihn nicht nachweislich begünstigt haben, so wird man eine psychoprovozierende Aufbaudeterminante bei der Schizophrenie, wenigstens soweit der Ausbruch der Krankheit selbst in Betracht kommt, nicht so hoch veranschlagen können. Dagegen scheint die Psychoprovokation von schizophrenen Krankheitssymptomen, Symptomenkomplexen und Episoden, das psychisch bedingte Neuauftreten von Syndromen sicherer gestellt, und die psychoplastische Bild- und Verlaufsgestaltung, wie übrigens auch die psychoplastische Symptomenverstärkung und -verschärfung durch Erlebnisse, Milieu, Situation usw. drängt sich in manchen Fällen, etwa bei Haftschizophrenien, geradezu auf. RAECKES katatonische Situationspsychosen des Gefängnisses mit von Krankheitswunsch und Simulationstendenz beeinflußten und ausgestalteten Einzelzügen: Gansersymptomen, Pseudodemenzen und andere simulatiformen Syndromen der verschiedensten Art sowie mit gewissen der Haftsituation entsprechenden Verlaufsschwankungen gehören hierher. Auch sonstige der schizophrenen Störung psychogen aufgepflanzte, im Zusammenhang mit affektbetonten Geschehnissen stehende Episoden und Syndrome sind hier zu nennen. Des weiteren weisen auch die BLEULERschen Versetzungsbesserungen grundsätzlich in die gleiche Richtung. Daß eine solche gelegentlich recht weitgehende Symptomen- und Verlaufspsychoplastik den typisch-schizophrenen wie überhaupt den prozeßpsychotischen Charakter solcher Störungen über lange Zeit und weite Krank-

heitsstrecken hin verdecken und damit ganz andersartige Krankheitstypen (paranoische, degenerative, hysterische, psychogene, auch manisch-depressive usw.) vortäuschen kann, läßt sich vielfach und mit Leichtigkeit an langfristig beobachteten Fällen dieser Art nachweisen und weist selbst eindringlich auf die Notwendigkeit einer Aufbaudiagnostik hin, die über den ganzen Umfang der pathoplastischen und speziell psychoplastischen Phänomene im schizophrenen Rahmen Klarheit schafft.

Die folgerichtige Anwendung des Aufbauprinzips auch auf die einzelnen schizophrenen Spielarten läßt vorläufig noch klinisch im Stich. Den einfachen dementiven, speziell auch den hebephrenen Formen als rein pathogenetischen die zusammengesetzteren: die paranoiden usw. als die durch pathoplastische Einschläge bedingten gegenüberzustellen, liegt nahe, doch reicht das, was man etwa als pathoplastische Determinanten heranziehen könnte (bei den paranoiden und insbesondere den paraphrenen etwa eine zu solcher geistiger Verarbeitung geneigte individuelle Eigenart, reiferes, zu verstandesmäßigerer Stellungnahme tendierendes Alter, gewisse die emotionelle Gedankenbewegung anregende und überwertige Komplexe erzeugende Erlebnis- und Milieueinflüsse u. dgl.), zum erschöpfenden Aufbau der einzelnen Spielarten durchaus nicht aus. Weiterkommen wird man hier erst können, wenn eine „allgemeine Pathoplastik" geschaffen ist und damit die zahlreichen zum Teil noch recht fraglichen Zusammenhänge zwischen allgemeinen Faktoren und pathologischen Erscheinungen — zwischen höherem Alter und depressiver Stimmungslage, zwischen Juvenilität und schnellem psychischem Verfall u. ä. — geklärt worden sind.

Jedenfalls tritt auch für die Schizophrenie trotz aller Unklarheiten und Unsicherheiten im einzelnen aus der Aufbauanalyse in großen Umrissen wieder zutage: der heterogene Charakter von sonst als gleichwertig schizophren geltenden Krankheitsmerkmalen je nach ihren pathogenetischen oder pathoplastischen Beziehungen, der heterogene Aufbau von als typisch, klinisch rein und einheitlich geltenden schizophrenen Psychosen selbst und schließlich der möglicherweise weitgehend (oder gar rein) pathoplastische Ursprung spezieller schizophrener Spielarten. Wieweit wir dabei freilich vorerst noch von grundsätzlich entscheidenden Aufbauergebnissen entfernt sind, beweist schon eine Äußerung BLEULERS, der doch bisher am tiefsten in die innere Struktur der Schizophrenie eingedrungen ist: Darnach „kann zur Zeit niemand ausschließen, daß nicht auch Psychosen, die wir von der Hauptgruppe der Schizophrenie nicht unterscheiden können, bloße psychische Reaktionsformen sind".

4. Mit den **konstitutiven** Krankheitstypen kommen wir zu den rein endogenen Psychosen funktionellen Charakters, die im Gegen-

satz zu den exogenen nicht Hirnschädigungserscheinungen, sondern Eigenstörungen einer schadhaften psychischen Funktionsanlage wiedergeben und pathogenetisch auf eben dieses konstitutive Element zurückzuführen sind. Mit dieser pathogenen Konstitution — auf deren Sondercharakter in seinen Beziehungen zur Pathogenese hier nicht näher einzugehen ist — kommt dann auch die biologische Erbkomponente, das hereditäre Moment, das bei jenen exogenen Störungen in der Hauptsache nur prädisponierend und pathoplastisch beteiligt war, als rein pathogenetische Determinante mit in den Krankheitsaufbau hinein. Damit komplizieren sich die klinischen Verhältnisse, wie mancherlei neuere erbbiologisch psychiatrische Erörterungen (BLEULER, HOFFMANN, KAHN) beweisen, in einer kaum noch übersehbaren oder wenigstens kaum noch eindeutig auflösbaren Weise. Eine Weiterführung dieser heiklen Fragen müssen wir uns hier versagen, wir begnügen uns mit der allgemeinen Feststellung, daß es hier in der Anlage gegebene, vorgebildete funktionelle Tendenzen und Mechanismen sind, die in die klinischen Stammgebilde dieser Störungen eingehen, ihre Grundstrukturen festlegen.

Von den konstitutiven Einzelformen erscheinen in ihrem Aufbau am durchsichtigsten jene als psychopathische Persönlichkeiten herausgehobenen Habitualtypen, die unmittelbar die in Temperament und Affektivität niedergelegten Grundelemente der pathologischen Konstitution wiedergeben. Sie bieten diese freilich im realen Einzelfall nicht in ihrer ursprünglichen Struktur dar, sondern mit jenen mannigfachen konkreten und individuellen Ausgestaltungen, wie sie durch den Einfluß biologischer und psychologischer Faktoren innerer und äußerer Herkunft: Alter, Geschlecht, Rasse, Milieu und sonstige Lebenseinflüsse zustande kommen.

Halbwegs übersehbar sind auch die Aufbauverhältnisse bei den manisch-depressiven Formen, denen man pathogenetisch wohl ganz allgemein eine labile thymopathische Konstitution mit endogen zyklischer Ausschlagstendenz zugrunde legen kann. Mögen im einzelnen auch provozierende Momente, vor allem psychische den Krankheits- oder Anfallsausbruch bestimmen, mögen pathoplastische und speziell psychoplastische Faktoren auch einmal Symptomenbild und Verlauf beeinflussen — bestimmte Erlebnisse oder Milieubeziehungen etwa den Kern für manisch-depressive Wahnbildungen abgeben, Situationseinflüsse Steigerungen und Nachlässe der thymopathischen Phasen nach sich ziehen — der Krankheitstyp ist in seinem spezifischen Grundcharakter nach Bild und Ablauf von jener eben gekennzeichneten — übrigens nicht immer in ihrer Eigenart nach außen erkennbaren — Konstitution festgelegt und dies gelegentlich selbst so einheitlich und weitgehend, daß sogar für Sonder-

eigenheiten des Einzelfalls kaum noch weitere Aufbaudeterminanten heranzuziehen sind. Die Untersuchungen von Reiss lassen in dieser Hinsicht die engen Sonderbeziehungen zwischen ausgesprochenen thymopathischen Spezialkonstitutionen (manischen, depressiven) und entsprechenden parathymen Psychosen erkennen. Sie weisen allerdings zugleich auch umgekehrt auf das Vorkommen weniger durchsichtiger Verhältnisse, auf die Vielgestaltigkeit und Kompliziertheit dieser Beziehungen zwischen thymopathischer Konstitution und Störung in manchen andern Fällen dieser scheinbar einfach aufgebauten Krankheitsform hin.

Einen komplizierteren Aufbau bietet vor allem jene Spielart des manisch-depressiven Irreseins dar, die sich schon durch die besondere Beteiligung eines provozierenden Faktors vor den Durchschnittsformen herauszuheben pflegt: die Melancholie des Rückbildungsalters, bei der zweifellos das Involutionsmoment eine besondere mobilisierende Bedeutung hat. Diese Involutionsmelancholie verwischt speziell durch ihre exogenen (involutiv-organischen) Einschläge, vor allem durch solche vom Charakter der Angst, aber auch durch sonstige organische Hirnschädigungserscheinungen: delirante, Benommenheitszustände, halluzinatorische Erregungen u. dgl., das reine depressive Symptomenbild des Krankheitstypus und führt dadurch — eventuell auch noch durch gleichfalls cerebral bedingte Verlaufsabänderungen: Verflachungen und Verschleppungen — die bekannten Erschwerungen der nosologischen Einordnung aller solcher depressiver Formen des höheren Lebensalters herbei. —

Eine weitere Sonderstellung gebührt ihrem Aufbau nach den als pathologische Reaktionen herausgehobenen psychotischen Bildungen konstitutiver Pathogenese. Sie stellen sich strukturanalytisch dar als durch Außenreize, insbesondere durch psychische, provozierte und mobilisierte Manifestationen von gewissen pathologischen Konstitutionen, denen ganz allgemein als wesentliches Grundcharakteristikum eine durch den evolutiv unzulänglichen Persönlichkeitsaufbau, durch die mangelhaft entwickelte innerpsychische Selbsthemmung, -steuerung und -regulierung bedingte ausgeprägte psychische Reaktivitätstendenz zukommt. Ihre Grundformen kennzeichnen sich teils als Steigerungen und verstärkte Ausprägungen der noo- oder thymopathischen Bestandteile der ihnen zugrunde liegenden pathologischen Konstitution (phantastische, querulatorische, paranoide u. dgl.), teils als Aktivierungen der in der Konstitution vorgebildeten anomalen Funktionstendenzen (Abspaltungs-, Hemmungstendenzen usw.). In diesem Sinne wären etwa die verschiedenen hysterisch-psychotischen Zustände als Niederschläge einer spezifischen labil-dissoziablen Sonderkonstitution mit stark psychisch

reaktiver Tendenz anzusprechen, die freilich durch mancherlei wechselnde psychoplastische Ausgestaltungen ihrer äußeren Erscheinungsformen die gemeinsame Grundstruktur und gemeinschaftliche konstitutive Genese verdecken können.

Mit dieser Kennzeichnung der konstitutiv psychotischen Zustände als pathologische Reaktionen im klinischen Sinne (pathologische Reaktion im allgemein pathologischen Sinne ist schließlich jede beliebige abnorme Reizbeantwortung) ist im übrigen in jedem Einzelfall der Charakter der Störung festgelegt und damit zugleich auch über die klinische Stellung der sonstigen Aufbaukomponenten entschieden. Alles, was sonst als Ursache noch in Betracht gezogen wird, — toxische, traumatische, psychische usw. Noxen — kann in Wirklichkeit nur provozierend, pathoplastisch u. dgl. beteiligt sein, und ist es in diesem Sinne auch oft genug. Damit wird vom Aufbau aus auch zu mancherlei klinischen Fragen grundsätzliche und klare Stellung ermöglicht. So beispielsweise bezüglich der erst unlängst erledigten Frage nach dem Wesen der traumatischen Neurose durch die scharfe Alternative, ob spezifischer, durch die Eigenart der äußeren traumatischen Noxe festgelegter selbständiger Krankheitstyp oder lediglich vom Trauma provozierte und höchstens noch von ihm pathoplastisch beeinflußte Manifestation einer pathologischen Konstitution.

Es bleiben schließlich noch als konstitutiv-psychotische Spezialformen die pathologischen Entwicklungen herauszuheben, die natürliche, wenn auch abnorme Weiterführungen der in der Konstitution gegebenen psychischen Aktions- und Reaktionstendenzen darstellen.

Trat bei den pathologischen Reaktionen vor allem das psychoprovozierende Moment als wesentliche Aufbaudeterminante neben die pathogene Konstitution, so bei ihnen das psychoplastische: Exogene psychische Faktoren: Erlebnisse, Lebensschicksale, Milieu- und Situationseinflüsse treten hier in enge Beziehung und Wechselwirkung zur endogenen psychopathischen Konstitution, um unter entsprechender Weiterführung der mit der Konstitution gegebenen pathologischen Eigenheiten eine immer weiter gehende seelische Umgestaltung herbeizuführen. Sie finden ihren charakteristischen Niederschlag, ihre prägnanteste Objektivierung in Wahnanschauungen, die von der Konstitution in den Grundformen festgelegt, von psychoplastischen Einflüssen im einzelnen ausgestaltet, von natürlichen psychologischen Bedürfnissen und Tendenzen — kognitiven, logischen, emotionellen — zusammengefaßt und kombinatorisch ausgebaut, zur Krankheitseinheit der Paranoia zusammengeschlossen werden. Die so entwickelte Paranoia, der eine besondersartige zu wahnhafter Einstellung disponierte Konstitution zugrunde zu liegen pflegt — nach KRETSCHMER speziell eine sensitiv-expansive Konstitutionslegierung —, diese Paranoia stellt

mit ihrem geschlossenen Wahnsystem, wenn der Ausdruck gestattet ist, die vollendetste Aufbaupsychose dar. Mit ihrer auf immer weitgehende Vereinheitlichung und Zusammenschluß der Krankheitsbestandteile hinarbeitenden Progressivität, ihrem systematischen Aufbau tritt sie damit in charakteristischen — äußeren wie klinischen — Gegensatz zu den Zerfallspsychosen, deren „systematischer Abbau" umgekehrt den psychischen Zusammenhang und die Persönlichkeitseinheit progressiv zerstört.

Aus den Aufbauverhältnissen dieser pathologischen Entwicklungen vom Charakter der Paranoia lassen sich auch ohne weiteres ihre Verlaufsbesonderheiten ableiten und damit die klinischen Streitfragen nach der grundsätzlichen Chronicität und Unheilbarkeit bzw. nach der Existenz einer akuten Form der Paranoia beantworten. Gestattet (was zugestanden werden muß) die für diesen Krankheitstyp ausschlaggebende pathologische Konstitution an sich eine akute Steigerung und Verschärfung, eine episodisch verstärkte Wirksamkeit ihrer pathogenen Dispositionen, sowie auch umgekehrt ein schnelles Zurückgehen dieser Konstitutionssteigerungen und damit eine Abschwächung der von ihr ausgehenden pathologischen Tendenzen in begrenzter Zeit; erweisen sich weiter (wie gleichfalls zuzugeben ist), Chronicität, Progressivität und Unheilbarkeit auch als psychoplastisch von äußeren Beziehungen (ungünstigem Milieu, Situationsverhältnissen usw.) festgelegte Verlaufsformen, — dann liegt kein Grund vor, nicht auch pathogenetisch zusammengehörige paranoische Typen von verschiedenem Ablaufscharakter, insbesondere also abortive, akute und restitutive anzuerkennen.

Des weiteren sind dann von den Aufbaubesonderheiten ausgehend auch die paranoischen Spielarten schärfer zu erfassen. Die bisherige Differenzierung lediglich nach den Verschiedenheiten der äußeren Bilder, die bestenfalls patho- bzw. psychoplastisch abgeleitet werden (Eifersuchtswahnformen im Zusammenhang mit biologischen, bezw. psychologischen Sexualeinflüssen u. dergl.), reicht nicht aus. Tiefere, wirklich pathogenetisch ausschlaggebende Wesensunterschiede können erst gewonnen werden, wenn man von den verschiedenen Konstitutionsgrundformen mit ihrer in emotioneller Intensität, Nachhaltigkeit usw. variierenden psychischen Reaktivität ausgeht und nach Art von Kretschmer den einzelnen paranoischen Spielarten zugeordnete charakterologisch-konstitutive Grundtypen: etwa expansive, sensitive usw. zugrunde legt.

Der besondere Anteil des psychischen Moments am Aufbau der konstitutiv-funktionellen Störungen, wie er speziell in dessen psychoprovokatorischer und psychoplastischer Beteiligung an den pathologischen Reaktionen und Entwicklungen zum Ausdruck kommt, be-

darf klinisch noch besonderer Heraushebung. Diese ausgesprochene psychoplastische Zugänglichkeit liegt, wie ohne weiteres durchsichtig, in der natürlichen Wesensverwandtschaft der psychopathischen mit der normal-psychischen Konstitution begründet. Auch für sie ist daher ebenso wie für letztere das psychische Moment das wesensadäquate. Damit gesellt sich die ausgesprochene psychoplastische Tendenz zu den allgemeinen Charakteristicis dieser konstitutiven Störungen, und sie kann für einzelne psychoplastisch in besonderem Maße zugängliche Typen, speziell die hysterisch-degenerativen, als geradezu spezifisch gelten.

Erschwerungen in der richtigen Aufbauerfassung der klinischen Typen mit ausschlaggebenden konstitutiven Determinanten sind durch mancherlei Komplikationen gegeben. So durch das nicht seltene gemeinschaftliche Vorkommen verschiedener Konstitutionsformen, von denen die eine pathogenetisch, die andere pathoplastisch mitspricht (KAHNS atypische Psychosen bei schizoid-cyclischer Konstitutionslegierung, ZIEHENS degenerative Modifikationen der Manie, Melancholie und Paranoia u. dgl.) oder durch die nicht seltene Mischung von Krankheitselementen verschiedener konstitutiver Pathogenese im gleichen Krankheitsfalle (Mischung von hysterischen und manisch-depressiven Syndromen usw.). Auch die verbreitete und weitgehende anderweitige Beteiligung der Konstitution bei den verschiedensten pathogenetisch anders bedingten Krankheitstypen — prädisponierender, pathoplastischer usw. Konstitutionsanteil an den exogenen Psychosen u. ähnl. — pflegt in klinisch nicht ohne weiteres durchsichtigen Fällen die pathogenetischen Zusammenhänge verworrener zu gestalten. Daß man in diesem klinischen Gebiet nun dadurch weiterkommt, daß man so ziemlich für jedes Symptomenradikal, für jede symptomatologische und Verlaufseigenheit eine zugehörige Konstitutionsdeterminante annimmt, wie es etwa KLEIST mit seiner Aufstellung von autochthon-labilen, reaktiv-labilen, zyklisch-psychomotorischen u. dgl. Konstitutionen tut, erscheint zum mindesten zweifelhaft.

5. Die letzte in Betracht kommende klinische Gruppe ist mit den **psychogenen** Krankheitsformen im eigentlichen Sinne gegeben, d. h. also jenen funktionellen Störungen, die wirklich ursächlich von einem psychischen Agens in ihrem spezifischen Charakter abzuleiten sind, mögen auch daneben weitere, speziell prädisponierende Momente, so insbesondere eine pathologische Konstitution (von allerdings oft recht unspezifischer Art, in vielen — nicht allen — Fällen mehr oder weniger als pathogenetische Hilfen mitsprechen. —

In ihrer klinischen Grundform und ihrem spezifischen Grundcharakter sind diese psychogenen Krankheitstypen durch ihre besondere

Pathogenese, d. h. durch eigenartige Wirkung der psychischen und speziell der emotionellen Schädigungseinflüsse auf das seelische Leben festgelegt. Sie ergeben damit jene allgemeinen durch psycho-dynamische Mechanismen erwirkten, affektiv ableitbaren Funktionsstörungen vom Charakter der seelischen Gleichgewichtsverschiebungen, der Hemmungen, der Abspaltungen, der Fixierung affektbetonter Komplexe usw., die sich immer wieder als Grundlage für die vielfältigen Einzelformen darbieten. In ihren Spezialgestaltungen zeigen sich diese psychogenen Störungen gemäß der ihrem Wesen eigenen psychischen Zugänglichkeit durch psychoplastische Einflüsse weitgehend determiniert und sie geben so durch die vielfachen von den verschiedensten Seiten her beeinflußten Variationen der Symptomen- und Verlaufsgestaltung eine ungewöhnliche Fülle von psychoplastisch differenzierten Formen. Es ist daher wohl auch kein Zufall, daß gerade die psychogenen Störungen der Ausgangspunkt für solche Aufbaubetrachtung und der Haupttummelplatz für Aufbauanalysen geworden sind, und daß speziell die psychotraumatischen Störungen des Krieges, die auf eine in dieser Hinsicht gerade genügend vorbereitete wissenschaftliche Einstellung trafen, zu einer — wenn auch nicht direkt ausgesprochenen — Anerkennung der klinischen Aufbauphänomene geführt haben. Ließ sich doch gerade hier immer wieder mit besonderer Eindringlichkeit und in stets erneuten Abwandlungen zeigen, wie unter dem seelischen Druck der Lebensbedrohung mit Hilfe des instinktiven Dranges der Selbsterhaltung psychisch-nervöse Mechanismen in Bewegung gesetzt und Symptomenbilder entwickelt wurden, deren Ausgestaltung immer wieder ihre Zwecktendenz: die persönliche (Kriegs-) Unbrauchbarkeit zu demonstrieren, charakteristisch zum Ausdruck brachte. — Eine erschöpfende Gesamtdarstellung der so vielfältig variierenden Aufbauverhältnisse bei allen psychogenen Einzelformen fällt außerhalb des Rahmens der hier versuchten allgemeinen Betrachtung. Denn mögen auch die Aufbauerscheinungen gerade hier in ungewöhnlichem Umfange, in ungemeiner Vielseitigkeit, in ganz besonderer Ausprägung und charakteristischer Form sich darbieten, so fügen sie doch dem klinischen Strukturbilde nichts prinzipiell Neues hinzu. Jedenfalls muß man hier mehr noch als sonst grundsätzlich über die übliche Kennzeichnung des Krankheitsbildes hinausgehen und muß stets, statt dieses als etwas einfach Gegebenes, Unabänderliches hinzunehmen, beweiskräftig zeigen, was mutatis mutandis im Grunde auch für jede andere Psychose aufzuweisen ist: wie eine Anzahl nach Art, Zahl und Zusammensetzung wechselnder Aufbaudeterminanten sich durch ihre funktionelle Wirksamkeit zur Einheit des Krankenbildes zusammenschließen. Also insbesondere: wie aktuelle und vergangene seelische Geschehnisse, wie klarbewußte oder halb oder „unbewußte" Vorstellungen und Erinnerungen, wie bestimmt

gefärbte und gerichtete Gefühlsbewegungen, wie allgemein menschliche und besondere individuelle seelische Tendenzen: Gewohnheiten, Wünsche, Triebe, Neigungen, Bestrebungen, wie Erlebnisse, Milieu und Situationsfaktoren, wie Temperament, Charakter und psychische Konstitution und darüber hinaus selbst die körperliche Konstitution und ihre Beeinflussung durch äußere Schädlichkeiten, — kurz und gut: wie die verschiedensten Momente von Vorleben und gegenwärtiger seelisch-körperlicher Verfassung, die ganze äußere Konstellation und die ganze somatisch-psychische Einstellung in wechselseitiger Verknüpfung und variierendem Einfluß prädisponierend oder präformierend, pathoplastisch wie psychoplastisch am Gesamtaufbau sich beteiligen und in ihm sich zusammenfügen.

Alles in allem ergibt sich hier ein wichtiges Gebiet von weitreichendem klinischem Aufbau mit vielseitigem, vor allem psychoplastisch bedingten Polymorphismus, der es im besonderen Maße gestattet und erfordert, innerhalb des psychogenetischen klinischen Gesamttypus noch psychoplastisch determinierte Untergruppen zu unterscheiden. Es braucht nur an die mannigfachen Spielarten psychogener Unfall- oder Haftpsychosen erinnert zu werden, die durch die besonderen sozialpsychischen und sonstigen psychologischen Eigenheiten jener psychisch wirksamen Faktoren geschaffen und zusammengehalten werden und die ihre besondere Ausgestaltung in Bild- und Ablaufformen dem zugehörigen Unfall- und Haft- (bzw. forensischen) Komplex verdanken.

Auch bei den psychogenen Formen dürfen im übrigen die Schwierigkeiten nicht übersehen werden, die sich aus gewissen Aufbaubesonderheiten, und zwar speziell von den psychischen Determinanten her ergeben. Die Hauptbedenklichkeit ist darin gelegen, daß die gleichen psychischen Mechanismen, die hier pathogenetisch ausschlaggebend beteiligt sind, bei anderen klinischen Krankheitsformen in anderer Wirkungsform, vor allem psychoplastisch wirksam, wiederkehren. Daß die klinische Eindeutigkeit der psychogenen Typen dadurch nicht wenig beeinträchtigt wird, wird man zugeben müssen, ohne sie deswegen als aufgehoben zu erklären. Diese klinisch verwirrenden Tatsachen zeigen eben nur, wie gerade das psychische Moment in vielseitigen Formen in die Klinik der Psychosen hineinspielt und wie die Aufbaubetrachtung noch am ehesten dazu angetan ist, in dieser Klarheit zu schaffen.

Weitere Erschwerungen in der eindeutigen Erfassung dieser psychogenen Typen sind durch den Anteil gegeben, den nachweislich das Konstitutionsmoment über die bloß prädisponierende und pathoplastische Mitwirkung hinaus am Aufbau dieser Störungen hat. Gerade die Aufbaubetrachtung zeigt, daß die Grenze zwischen konstitutiven und psychogenen Störungen in praxi nicht immer so scharf gezogen werden kann, wie sie theoretisch dem pathogenetischen Prinzip

nach erscheint. Daß insbesondere in der Verfolgung klinischer Reihen sich ein ziemlich fließender Übergang zwischen diesen Typen unter Verschiebung der klinischen Stellung von Konstitution und psychischem Faktor und ihres gegenseitigen Verhältnisses im Rahmen des Aufbaus feststellen läßt, d. h. also ein Absteigen der Konstitution von der Höhe des pathogenen Moments zur bloßen Stellung eines prädisponierenden, bzw. pathoplastischen auf der einen und umgekehrt ein Aufstieg des psychischen Faktors von der bloßen provozierenden und evtl. psychoplastischen Bedeutung bis zur pathogenetischen hinauf. Eine die klinischen Verhältnisse zumal in klassifikatorischer Hinsicht komplizierende Aufbauverschiebung, die ja zur Genüge von den Kriegserfahrungen, speziell den „Kriegshysterien" mit ihren nur denkbaren Abstufungen von den psychisch provozierten Manifestationen einer konstitutiven Hysterie am einen Ende bis zu den psychisch verursachten „hysterischen" Störungen der konstitutiv normal Gearteten am andern illustriert wird. Diese eigentümlichen inneren Beziehungen zwischen zwei pathogenetisch im Prinzip auseinanderzuhaltenden Krankheitstypen können an sich nicht weiter überraschen. Sie erklären sich aus der schon erwähnten weitgehenden Wesensübereinstimmung der pathologischen Konstitution mit der normalen. Speziell aus der beiden eigenen Affinität zu psychischen Momenten ergibt sich auch die zunächst so befremdende Tatsache, daß hier durch provokatorische psychische Einflüsse die gleichen psychodynamischen Mechanismen in Bewegung gesetzt werden, die dort durch psychische Einflüsse überhaupt erst zustande kommen. Damit wird zugleich vom Aufbau aus auf eine nosologische Verwandtschaft der konstitutiv-funktionellen und psychogenen Störungen hingewiesen, die zu berücksichtigen sein wird, wenn weiterhin vermittelst der Strukturanalyse das Ziel einer klinischen Systematik verfolgt wird.

3. Klinische Folgerungen aus der Aufbaubetrachtung.

Dieser allgemeine Überblick über die Aufbauverhältnisse bei den verschiedenen Psychosengruppen verlangt und gestattet einige allgemeine grundsätzliche klinische Schlußfolgerungen.

Als Ausgangspunkt dient dafür die grundlegende Tatsache des Aufbaus wohl aller, auch der scheinbar einfachsten und einheitlichsten Krankheitsfälle aus verschiedenartigen und -wertigen Bestandteilen, unter denen an erster Stelle, weil grundsätzlich an allen Krankheitsfällen beteiligt und durchweg das ganze klinische Gebiet durchziehend, die als pathogenetische und pathoplastische herausgehobenen stehen. Deren Sondercharakter, pathologische Wertigkeit und gegenseitiges Verhältnis gewinnt damit für die Erfassung, die Bewertung und Differen-

zierung aller klinischen Erscheinungen — Symptomen- und Verlaufsgebilde so gut wie ganze Krankheitsformen, Typen so gut wie Spielarten und Individualfälle — maßgebende Bedeutung, wobei allerdings aus naheliegenden Gründen den pathogenetischen Phänomenen gegenüber den pathoplastischen an allgemein-pathologischer, diagnostischer und klassifikatorischer Dignität grundsätzlich der Vorrang zukommt.

Was zunächst die äußeren Krankheitsmerkmale: Symptomenbild und Verlauf, angeht, so gelten sie jetzt so gut wie früher ziemlich durchweg als Gebilde von höchster klinischer, für den Krankheitscharakter ausschlaggebender Wertigkeit. Die klinische Dignität des Symptomenbildes hat freilich auf Grund mannigfacher Erfahrungen über den oft unspezifischen Charakter und die allgemeine Verbreitung vieler Symptome entschieden an Gewicht eingebüßt, und zum mindesten sieht man sich gezwungen, bei der klinischen Verwertung zwischen Phänomenen, die erfahrungsgemäß bei den verschiedensten Krankheitsformen vorkommen können, und solchen, die sich auf einzelne, ganz bestimmte beschränken, streng zu scheiden. Die Aufbauanalyse bestätigt zunächst die Berechtigung einer niedrigen klinischen Einschätzung der Symptome im allgemeinen, noch mehr aber die Notwendigkeit einer prinzipiell differenten Bewertung der einzelnen, für die nicht sowohl die immerhin täuschenden Zufälligkeiten unterliegende Erfahrung über das an bestimmte Psychosen gebundene oder nicht gebundene Auftreten der einzelnen Krankheitszeichen, sondern eben vor allem die Klarstellung ihres pathogenetischen oder pathoplastischen Charakters ausschlaggebend sein muß.

Die dazu notwendige Differenzierung pathogener und pathoplastischer Symptome unterliegt freilich vorerst noch weitgehenden Schwierigkeiten, wie schon gewisse speziell von den psychoplastischen Phänomenen ausgehende Verkleidungen und Verdeckungen der Zusammenhänge (in Gestalt von Verschiebungen, Verdichtungen, Übertragungen, symbolischen Umsetzungen, Konversionen u. ä.) beweisen. Überhaupt bedingen — wie leicht zu übersehen — gerade die psychoplastischen Momente klinische Erschwerungen auf symptomatologischem Gebiete, indem sie auf der einen Seite äußerlich übereinstimmende Krankheitserscheinungen bei pathogenetisch verschiedenwertigen Grundformen herbeiführen (z. B. analoge haftpsychotische wie überhaupt forensisch-psychotische Bilder mit Ganser-, Pseudodemenz- und sonstigen hysteriformen Symptomen, querulatorischen Überwertigkeitswahnbildungen usw. bei schizophrenen und degenerativen Typen), auf der andern verschieden aussehende Modifikationen pathogenetisch wesensgleicher Grundformen setzen, wie die äußerlich weit auseinander strebenden Bilder der gleichen psychogenen Krankheitsgruppe bei verschieden-

artigen Milieu- und Erlebniseinflüssen dartun. Alles Tatsachen, die samt und sonders dazu angetan sind, den pathognomonischen wie differential-diagnostischen Wert der Symptomengebilde entsprechend zu beschränken. —

Die Verlaufsformen vermochten länger und in höherem Maße die ihnen zugesprochene grundsätzlich hohe klinische Wertigkeit sich zu erhalten. Galt es doch lange Zeit überhaupt als über jede Diskussion erhaben, daß gerade sie das Wesen der Krankheitsform typisch zum Ausdruck bringen, d. h. also grundsätzlich pathogenetisch determiniert sind. Die Aufbauanalyse hat auch in diese Auffassung eine Bresche gerissen und auch hier klinisch differente Verlaufserscheinungen herausgeholt. Sie hat beispielsweise gezeigt, daß in den natürlichen, pathogenetisch gegebenen Ablauf der Psychosen sich Episoden anderer Art, die durch materielle (traumatische, toxische usw.) oder psychische Reize provoziert sind, also reaktiv psychotische Phasen einschieben und damit den spezifischen Krankheitsverlauf verändern können. Sie hat weiter gelehrt, daß die periodische Verlaufsform, die zumeist als rein pathogenetisch festgelegt angesehen wurde, in manchen Fällen (schizophrenen u. a.) unabhängig vom Wesen des Krankheitsprozesses lediglich pathoplastisch durch die besondere Konstitution des Erkrankten gegeben ist, und daß also der periodische Ablauf von Psychosen an sich noch kein ausreichendes Bestimmungsstück für spezifische Krankheitseinheiten bedeutet. Und sie hat darüber hinaus ganz allgemein bewiesen, daß es neben pathogenetischen Verlaufsformen auch pathoplastische gibt. Zumal bei gewissen funktionellen: konstitutiven, wie vor allem psychogenen Krankheitstypen trat unverkennbar zutage, daß selbst so schwerwiegende, anscheinend zutiefst im Wesen des Krankheitsvorganges selbst wurzelnde Verlaufseigenheiten, wie Progressivität und Unheilbarbeit, sehr wohl durch psychoplastische Beziehungen, äußere Bedingungen psychologischer Art herbeigeführt sein können. Eindringlich genug spricht auch in diesem Sinne, wenn selbst ein Autor wie Kraepelin, der von jeher wohl am stärksten die Abhängigkeit von Ablaufsweise und Ausgang vom Krankheitsprozeß als solchem betont hat, wenn gerade er bei gewissen Typen — Paranoia und Querulantenwahn — die Progressivität und Unheilbarkeit aus äußeren psychologischen Faktoren: grundsätzliche bzw. tatsächliche Unmöglichkeit eines befriedigenden Abschlusses des Kampfes zwischen krankhaften Ansprüchen und Widerstand der Umgebung — ableitet.

Für gewisse Verlaufserscheinungen, wie beispielsweise den sozusagen psychologischen Krankheitsabbau — die Promptheit und Schnelligkeit in der Gewinnung der Krankheitseinsicht, in der Korrektur von Sinnestäuschungen und Wahnideen, sowie umgekehrt für die mehr oder weniger lange Persistenz derselben wurden übrigens ja von

jeher psychoplastische Momente, wie sie durch die persönliche Eigenart, durch intellektuelle Fähigkeiten oder sonstige individuelle Faktoren: Krankheitswunsch, Nichtwahrhabenwollen der durchgemachten Geisteskrankheit usw. gegeben sind, herangezogen.

Auf die auch hier beim Verlauf wieder, und hier in besonderem Maße, zur Geltung kommenden Schwierigkeiten einer reinlichen Scheidung und Abgrenzung des pathogenetischen und pathoplastischen Anteils, wie sie z. B. bei den konstitutiven und psychogenen Krankheitsformen besonders deutlich zum Ausdruck kommen, braucht nicht erst neu hingewiesen werden. Ebenso ist die praktische Bedeutung dieses Einblicks in den Aufbau des klinischen Verlaufs offenkundig, insofern nunmehr die Prognose durchaus nicht (was bisher so ziemlich ein psychiatrisches Dogma) ausschließlich an den Krankheitstyp gebunden und eindeutig, einzig und erschöpfend durch ihn allein gegeben erscheint, sondern vielmehr allenthalben bei den verschiedenen Krankheitsformen — und selbst bei pathogenetisch so weitgehend festgelegten wie den organischen und exogenen — pathoplastische Momente (Konstitution, Alter, somatischer und psychischer Allgemeinzustand usw.) mit heranzuziehen sind; von den konstitutiven und psychogenen dabei ganz zu schweigen, wo man geradezu die weitere Entwicklung und den Ausgang des Krankheitsfalls — Wiederherstellung oder Ausbleiben der Heilung — weitgehend von dem Verbleiben in dem krankheitserregenden Milieu oder der Entfernung aus ihm u. ä. abhängig machen muß.

Auch der klinische Wert der Einzelphasen verschiebt sich unter der Aufbaubetrachtung in gewissem Sinne gegenüber den herkömmlichen Anschauungen. Ganz allgemein wird man aus den bekannten Gründen derjenigen Verlaufsphase die größte Dignität zuerkennen müssen, in der die pathogenetischen Erscheinungen am stärksten und reinsten, die pathoplastischen am schwächsten und seltensten zum Ausdruck und Niederschlag kommen. Diese Verhältnisse sind nun — dies gerade ein wesentliches Ergebnis der Aufbauanalyse — durchaus nicht einheitlich und gleichmäßig für alle Krankheitstypen festgelegt, sondern variieren vielfach mit ihnen. Seit Kraepelin wird bekanntlich der Hauptwert auf die Endformen gelegt, insofern die spezifischen Eigenheiten besonders prägnant in ihnen zurückbleiben sollen. Diesen Standpunkt bestätigt wenigstens bis zu einem gewissen Grade auch die Aufbaubetrachtung. Zunächst darf ganz allgemein zugegeben werden, daß die wesentlichen, d. h. also die pathogenetisch festgelegten Erscheinungen ihrer ganzen Natur nach die konstanteren, feststehenden, sich gleichbleibenden, die pathoplastischen die labileren, unbeständigeren, wechselnden sind, und daß das, was vom Anfang bis zum Ende den Krankheitsverlauf durchzieht und bis zum Schluß erhalten bleibt, nicht sowohl die mehr zufälligen, nebensächlichen pathoplastischen

Einschläge, als die pathogenetischen Grundformen sein dürften. Dazu kommt, daß von allen Verlaufsphasen erfahrungsgemäß vor allem die Anfangsstadien, weil zumeist mit nur leichteren Abnormisierungen einhergehend, pathoplastischen und speziell psychoplastischen Beeinflussungen besonders zugänglich sind und damit also am ehesten unspezifische — lediglich psychoprovozierte oder psychoplastische — Bildungen darbieten. Immerhin gilt dies doch nicht allgemein — am ehesten wohl noch für schizophrene wie auch organische Krankheitsformen —, und gewisse andere Erfahrungen weisen nach anderer Richtung. So neigen manche Krankheitsgebilde, wiewohl sie an sich ganz verschiedener Genese sein können, so etwa überwertige Komplexe, wie sie bei Schizophrenie, Paraphrenie, Paranoia, psychogenen Störungen usw. vorkommen, von sich aus in ziemlich übereinstimmender Weise zu gewissen speziell psychoplastischen Weiterbildungen in Form von progressiven kombinatorischen Wahnvorgängen, und sie gelangen damit zu Endergebnissen und Endformen, in denen dann diese sekundären psychoplastischen Produkte durchaus vorherrschen, die primären pathogenetischen dagegen weitgehend zurücktreten. In solchen und anderen Fällen ähnlicher Art bedeutet es naturgemäß eine nicht belanglose Fehleinschätzung der Endformen, wenn man in ihnen ohne weiteres den Ausdruck und Niederschlag des spezifischen Krankheitsprozesses sieht. Besonders deutlich wird dieser Fehlschluß übrigens bei gewissen nach rein psychologischen Gesetzmäßigkeiten fortschreitenden Typen von der Art der chronisch progressiven paranoischen. Bei ihnen wird der eigentliche pathogenetische Grundcharakter, der sich speziell am Anfang im Entstehungsmechanismus noch deutlich kundgibt, im weiteren Verlauf mehr und mehr durch psychoplastische Bildungen überlagert und verdeckt, und den über Jahr und Tag hindurch ausgebauten Wahnsystemen kann man es dann am Ende durchaus nicht mehr ansehen, welchem Sondertypus sie eigentlich — ob dem paranoischen, paraphrenen oder psychogenen — zuzuweisen sind. Es erscheint nun — um noch weitergehend in gleichem Sinne, aber nach anderer Richtung hin vorzustoßen — zum mindesten nicht ohne weiteres ausgeschlossen — wenn auch vielleicht vorläufig in der wissenschaftlichen Phase der Überbewertung pathogenetischer und der Unterbewertung pathoplastischer Krankheitsphänomene noch ganz indiskutabel —, daß beispielsweise gewisse Erfahrungen der somatischen Medizin über das durchaus verschiedenartige Zustandekommen gewisser Endzustände vom Charakter der Schrumpfung und des Schwundes mutatis mutandis auch für die Psychosen Geltung haben. Das heißt also vor allem, daß auch für manche klinischen Ausgänge in Demenz nicht sowohl das eigentliche pathogenetische Moment und damit das „Wesen" des Krankheitsprozesses, als vielmehr der Einfluß pathoplastischer Faktoren spe-

ziell biologischer und biopathologischer Natur: des Alters, des Kräftezustandes, der individuellen Konstitution und Hirnorganisation, der Hirnresistenz usw. den Ausschlag geben, und daß dann also selbst die scheinbar eindeutigste Krankheitsgruppe, die sogenannten Demenzpsychosen, unter einem von dem bisherigen wesentlich abweichenden Gesichtspunkt neu geordnet werden müßte.

Verliert damit der Endzustand in gewissen Fällen seine bisherige hohe klinische Wertigkeit, so erhöht sich in diesen vielfach umgekehrt die klinische Dignität der sonst recht gering eingeschätzten, ja wohl unterschätzten Initialphase. Gerade sie läßt beispielsweise bei den chronisch-progressiven Wahnbildungen den für den klinischen Typ charakteristischen und entscheidenden pathogenen Mechanismus und überhaupt die pathogenetischen Zusammenhänge klar und scharf hervortreten, die, wie erwähnt, im weiteren Verlauf durch individualpsychologische Reaktionen, psychologische Weiterverarbeitungen und sonstige psychoplastische Bildungen überwuchert und überdeckt werden.

Alles in allem ergibt sich so eine Verschiebung der klinischen Wertigkeitsskala der äußeren Krankheitsmerkmale. Es gilt nun nicht mehr der Satz: Die Symptome sind klinisch grundsätzlich geringwertiger als der Verlauf, die Initialphase als das Endstadium usw., sondern vielmehr ein anderer: Symptomen- und Verlaufseigenheiten, wie geartet sie sonst auch sein mögen, sind klinisch um so hochwertiger, je einwandfreier sie pathogenetisch festgelegt sind, um so geringwertiger, je mehr sie pathoplastisch bedingt sind. Eine klinische Stellungsänderung, die das Prinzip der Strukturanalyse: Übergang, Zurückgehen von den äußeren Erscheinungen auf die inneren Strukturverhältnisse des Krankheitsfalles klar beleuchtet.

Damit ist man nunmehr auch schon zur grundsätzlichen Stellungnahme gegenüber den Krankheitsfällen selbst, den Typen wie den Spielarten und den Individualfällen gelangt. Auch sie wird in ähnlichem Sinne durch die Aufbauanalyse gegenüber dem bisherigen Standpunkte verschoben.

Zunächst die Frage des klassifikatorischen Prinzips. Hier muß zunächst und vor allem noch einmal gegen die äußeren Krankheitsmerkmale — Symptomen- wie Verlaufsbild — als Basis für die Krankheitsaufstellung grundsätzlich Stellung genommen werden. Denn einmal stimmen diese dem äußeren Bilde nach oft weitgehend überein trotz wesentlicher Verschiedenheiten in Art und Ursprung der zugrunde liegenden Elemente und Mechanismen (so etwa gewisse Bilder akuter Halluzinosen oder chronisch progressiver Wahnbildungen). Und umgekehrt differieren sie in diesem äußeren Bilde weitgehend (so die vielgestaltigen hysterischen und psychogenen Bilder) trotz Herkunft von den gleichen Grundelementen und -mechanismen. Die Zusammenordnung und Trennung je nach der Gleich- oder Verschiedenartigkeit

des äußeren Bildes — selbst des Gesamtbildes — verbürgt also noch nicht die innere Zugehörigkeit und Unzugehörigkeit, die Wesensidentität und -fremdheit der zusammengestellten Krankheitsfälle und -gruppen, läßt vielmehr die Möglichkeit einer falschen Zuordnung und Abtrennung offen. Hätte man sich diesen Sachverhalt stets vor Augen gehalten, so wäre in der klinischen Streitfrage: Involutionsmelancholie und manisch-depressives Irresein vielleicht weniger Tinte geflossen.

Zum andern kommen die verschiedenartigen und -wertigen Krankheitsbestandteile im äußeren Bilde nicht genügend ihrem Sondercharakter und ihrer klinischen Rangstellung entsprechend zur Geltung. Die klinisch hochwertigen, — speziell pathogenetisch festgelegten — spezifischen Wesenselemente des Krankheitsfalls treten im äußeren Bilde — Symptomen- **und** Verlaufsbilde! — gegenüber den klinisch minderwertigen — speziell pathoplastisch festgelegten — unspezifischen und unwesentlichen oft nicht scharf und charakteristisch genug heraus. Sie können sogar beide in ihm so eng verbunden, so innig vermischt und verquickt sein, daß die Differenzierung und Trennung im einzelnen überhaupt kaum durchführbar ist. Es genügt hier, an die mannigfachen Krankheitsbilder der Schizophrenie mit ihrer unübersehbaren Mischung essentieller pathogenetischer und accidenteller pathoplastischer und sonstiger Elemente zu erinnern. Es ist also die zur Aufstellung echter, d. h. die wesentlichen, spezifischen Erscheinungen und Zusammenhänge heraushebender Krankheitstypen nötige klinische Auseinanderhaltung der einzelnen Merkmale bei der bloßen Erfassung der äußeren Bilder stark erschwert, wenn nicht gar unmöglich. Denn auch der naheliegende Ausweg, die Trennung von grundlegenden und nebensächlichen Bestandteilen danach vorzunehmen, ob sie konstant oder nur gelegentlich nachweisbar sind, ist nicht ausreichend, weil — man denke nur wieder an das Schizophreniegebiet — die Konstanz des Vorkommens sehr wohl auch den nebensächlichen Bildungen eigen, die Unregelmäßigkeit der äußeren Nachweisbarkeit, — das bald Latent-, bald Manifestsein — durchaus auch den wesentlichen Grundelementen zukommen kann. Die Ableitung der Krankheitsformen vom äußeren Gesamtbilde läuft daher immer wieder Gefahr, daß nicht reine, „echte" Typen herausgehoben werden, daß es vielmehr zur Fehlaufstellung unreiner, gemischter Krankheitsformen und -gruppen kommt.

Endlich drittens können — in natürlicher Konsequenz des eben Gesagten — die wesentlichen, grundlegenden, spezifischen Krankheitsbestandteile im äußeren Bilde so weit zurücktreten und durch unspezifische, insbesondere pathoplastische Bildungen so weit überwuchert, verdeckt und verändert werden, daß man gelegentlich, vom äußeren Bilde ausgehend, nur Nebensächlichkeiten für die Typenaufstellung erfaßt und also völlige Fehltypen herausholt. Insbesondere sind es die

im Krankheitsbilde vorherrschenden Wahnbildungen, die zu solchen nosologischen Fehlern geführt haben.

Kurz und gut: Das äußere Krankheitsbild, und zwar auch das Gesamtbild an sich gibt durch das Latentbleiben der grundlegenden Elemente und Zusammenhänge, durch die unspezifischen Manifestationen spezifischer Grundvorgänge, die uncharakteristischen Einkleidungen charakteristischer Wesensseiten, die indifferenten Verhüllungen differenter Bestandteile und Beziehungen keine unanfechtbaren Kriterien für die Wesenserfassung — die Wesenszugehörigkeit und Verwandtschaft auf der einen, die Wesensfremdheit auf der andern Seite — ab; gibt daher auch keine grundsätzliche Gewähr für die Echtheit und Reinheit der von ihm aus gewonnenen Typen.

Ausnahmen bestätigen nur die Regel: Wo, wie bei vielen organischen Fällen, das äußere Bild in der Hauptsache die spezifischen Grundphänomene der Störungen zureichend, charakteristisch und eindeutig zum Ausdruck bringt ohne jene Verwischung durch Nebenerscheinungen verschiedenster Art, da kann natürlich die klinische Erfassung vom äußeren Gesamtbild aus für die Systematik brauchbare und wohl sogar endgültige Arbeit leisten.

Im übrigen kann es selbstverständlich auch sonst der praktischen Erfahrung in Verbindung mit wissenschaftlicher Intuition sehr wohl glücken, und es ist oft genug geglückt, lediglich aus diesen äußeren Merkmalen heraus einwandfreie, d. h. der bisher möglichen analysierenden Nachprüfung standhaltende Krankheitsformen zu gewinnen. Doch deutet schon die ungemeine Häufigkeit atypischer Fälle auf der einen, scheinbarer Misch- und Übergangsfälle auf der anderen Seite auf die nicht unzweideutige Typizität mancher so gewonnener Krankheitsformen hin, die eben in unzureichender Weise auf Äußerlichkeiten, auf der Summe der in gleicher Weise wiederkehrenden äußeren Merkmale aufgebaut sind. Die ganze Aufbaubetrachtung verweist jedenfalls grundsätzlich auf das pathogenetische Moment als dasjenige, welches allein mit Sicherheit die wesentlichen, echten und spezifischen Eigenheiten des Typus erfassen und damit die einzig sichere Grundlage für die klinische Typen- und Systembildung abgeben kann. Damit wird also unbedenklich die klassifikatorische Vorrangstellung des ätiologischen Prinzips anerkannt, und dies um so bereitwilliger, als dagegen erhobene Einwände, wie: verschiedene Psychosen trotz gleicher Ursachen, gleiche Psychosen trotz verschiedener Ursachen u. a. m., gerade von der Aufbauanalyse her als nicht genügend stichhaltig zurückgewiesen werden können. Es bedingen eben neben den kausal gewiß nicht wenig ins Gewicht fallenden Variationen des pathogenen Agens selbst, den Verschiedenheiten in Intensität, Dauer usw. der einwirkenden Noxe — es bedingen, sage ich, neben diesen gewiß nicht

zu unterschätzenden pathogenetischen Verschiedenheiten vor allem die sonstigen Aufbaudeterminanten, die qualitativ so weitgehend variierenden prädisponierenden, präformierenden, provozierenden und pathoplastischen Faktoren inneren und äußeren Ursprungs, ganz erhebliche Differenzen für die gleichen Krankheitsformen, — Differenzen, die dann fälschlicherweise gegen das ätiologische Prinzip als solches verwertet, anstatt der unzulänglichen Aufbauanalyse zur Last gelegt zu werden. Auf ähnliche Mängel in der richtigen und vollständigen Erfassung und Bewertung der verschiedenen Aufbaudeterminanten und ihrer gegenseitigen Stellung im Krankheitsrahmen scheinen mir übrigens auch jene klinischen Fehltypen zu beruhen, wie sie beispielsweise gelegentlich vom Kriegsmaterial aus unter falscher Einschätzung des im wesentlichen bloß prädisponierenden und pathoplastischen Anteils des Erschöpfungsmomentes in Form von neuartigen Erschöpfungspsychosen aufgestellt worden sind. Im übrigen ist es bei der Zusammengesetztheit des Aufbaus mancher Krankheitsformen durchaus nicht immer so einfach, das eigentliche pathogenetische Moment herauszuerkennen, und so kann es beispielsweise bei dem Beeinträchtigungswahn der Schwerhörigen durchaus strittig sein, ob man den exogen somatischen Faktor der Schwerhörigkeit oder das endogen-psychische Moment eines abnormen (paranoiden) Charakters oder schließlich das biologische des mitbeteiligten Rückbildungsalters dafür in Anspruch nehmen will.

Naturgemäß sind auch manche wissenschaftliche Strömungen und Einstellungen einer richtigen Aufbauerfassung nicht immer günstig. Daß beispielsweise eine so vorwiegend organisch orientierte Epoche, wie die erst kurz verflossene, ohne weiteres dazu neigte, das pathogenetische Moment zum Schaden des pathoplastischen zu überbewerten, beweist — um nur etwas anzuführen — Wernickes ausdrücklicher Hinweis auf „die Norm der Lokalität und die Ätiologie" als die höchst wahrscheinlich „einzigen" Bedingungen für die Gestaltung der speziellen Symptomatologie eines Krankheitsbildes. Umgekehrt unterschätzen gewisse Richtungen der Jetztzeit, die speziell den psychoplastischen Bildungen ihr ganzes Interesse zuwenden, unwillkürlich das eigentliche pathogenetische Moment und tendieren dazu, den Krankheitsfall in der Hauptsache einfach aus dem unterschiedlos pathoplastischen und speziell psychoplastischen Zusammenwirken einer Anzahl Determinanten abzuleiten. Auch manche klinischen Systeme, die auf einem bestimmten klinischen Faktor sich aufzubauen suchen — etwa auf dem hereditären Moment (Schüle), dem Alter (Savage) usw. —, scheinen mir der Vielgestaltigkeit der Aufbauverhältnisse im allgemeinen und ihren Verschiebungen bei den verschiedenen Krankheitsformen im besonderen nicht genügend Rechnung zu tragen. Sie lassen zu sehr außer acht, daß das betreffende Moment

zwar jeweils als wirksames Agens nachweisbar sein kann, aber in wechselnder, nicht immer gleichwertiger Rolle, und daß also beispielsweise dem Alter und der hereditären Konstitution durchaus nicht immer eine pathogenetische, sondern auch eine bloß prädisponierende, pathoplastische, provozierende usw. klinische Bedeutung zukommt.

Im übrigen gestattet der Krankheitsaufbau als Ganzes genommen von sich aus eine gewisse Gruppierung und Differenzierung der Krankheitstypen. Verfolgt man speziell im Hinblick auf das Verhältnis zwischen pathogenetischen und pathoplastischen, insbesondere auch psychoplastischen Momenten die ganze Reihe der Krankheitsformen, von den organischen ausgehend über die exogenen im engeren Sinne hinweg bis hin zu den verschiedenen funktionellen, den konstitutiven wie schließlich den psychogenen, so zeigt sich im großen und ganzen ein Aufsteigen, eine Zunahme des Aufbaus in Umfang und Vielseitigkeit und damit Hand in Hand gehend eine entsprechende Zunahme der patho-(psycho)plastischen Momente. Das heißt, die erstgenannten Typen heben sich als verhältnismäßig einfach aufgebaute, im wesentlichen durch den pathogenen Faktor, die Hirnschädigung, eindeutig festgelegte und durch die Dominanz der von ihm abgeleiteten Grundformen gekennzeichnete wenig variable, einförmige und homogene Krankheitsformen entschieden ab von den hochzusammengesetzten, durch starke patho-(psycho-)plastische Einschläge determinierten, durch das Vorherrschen der von diesen gegebenen Gestaltungsformen geprägten, sehr variablen und vielgestaltigen konstitutiven und psychogenen Typen. Damit gewinnt aber auch die pathoplastische Komponente selbst, je nach ihrem stärkeren Hervortreten oder Zurücktreten, eine gewisse, eigentlich unerwartete pathognostische und diagnostische Bedeutung. Denn mag auch das pathogene Moment, weil die spezifische Grundform abgebend, für die Aufstellung und Feststellung des Typs entscheidend sein und bleiben, und mag auch die Pathoplastik, weil allenthalben im klinischen Bereich zur Geltung kommend und zumal als psychoplastische Zugänglichkeit selbst den ihr an sich wesensfremden organischen Prozessen nicht völlig fremd, im allgemeinen diagnostisch irrelevant sein, so weisen doch die psychoplastischen Einschläge bei besonderer Ausprägung und großem Umfang auf das Vorliegen funktioneller, speziell konstitutiver und psychogener Störungen hin, und die Tatsache der weitgehenden Symptomen- und Verlaufspsychoplastik (wie übrigens auch der ausgeprägten Psychoprovokation) kann dann ausschlaggebende diagnostische Bedeutung bekommen, also beispielsweise bei einem unklaren deliranten oder anderen Zustande die Entscheidung für Hysterie und gegen Epilepsie und Schizophrenie geben.

Auf der andern Seite ist aber daran festzuhalten: Mit dem Nachweis des eigentlichen pathogenen Faktors ist über die klinische Zuge-

hörigkeit des betreffenden Falls zu bestimmten — etwa organischen, exogenen usw. — Krankheitstypen entschieden, und diese Entscheidung kann durch den weiteren Nachweis selbst weitgehender psychoplastischer Gebilde nicht mehr in Frage gestellt werden. Auch der eben vollzogene Rückschluß von dem Vorliegen in Umfang und Ausprägung ungewöhnlicher psychoplastischer Momente auf das Bestehen einer funktionellen und speziell psychogenen Störung ist nur, bzw. nur solange gestattet, als in andere Richtung weisende Merkmale pathogenetischen Charakters ausgeschlossen sind.

Durch solche Erwägungen ist dann auch der Standpunkt gegenüber etwaigen Aufstellungen neuartiger Krankheitstypen gegeben. Solche erscheinen nur berechtigt, wenn ihre Sonderart einwandfrei auf pathogenetische Momente zurückzuführen ist. Gegen die klinische Selbständigkeit von Krankheitsbildern, die lediglich pathoplastisch abzuleiten sind, müssen entschiedene Zweifel erhoben werden, mögen sie auch in Symptomen und Verlauf noch so eigenartig erscheinen. Sie können dann bestenfalls nur den Rang von Varietäten, von Krankheitsspielarten in Anspruch nehmen. Sind die Verhältnisse bezüglich der Pathogenese überhaupt noch unentschieden, so ist auch die klinische Sonderstellung der Krankheitsform noch ungesichert. Dies gilt beispielsweise für die allerdings in letzter Zeit kaum noch diskutierte Angstpsychose als selbständiger Krankheitstyp, deren charakteristisches Angstsyndrom sogar bei ihren arteriosclerotischen Spielformen durchaus nicht stets rein pathogenetisch auf die Hirnschädigung, sondern ebensogut pathoplastisch auf somatische Momente (Herzleiden, de Mouchy) zurückzuführen ist. Überlegungen ähnlicher Art kommen u. a. auch für den als psychogene Sonderform herausgehobenen Begnadigungswahn der Lebenslänglichen oder den Verfolgungswahn der Schwerhörigen in Frage, solange bei manchen der hierher gerechneten Fälle die Möglichkeit noch offen bleibt, daß es sich nicht um neuartige psychogene Störungen, sondern um bloße psychoplastische Modifikationen feststehender Krankheitstypen, also etwa um Spätkatatonien mit psychoplastisch von Milieu und Situation bestimmter Symptomatologie handelt. Insbesondere die sehr anfechtbare Sondergruppe der spezifischen Involutionspsychosen wird man noch einmal im Interesse einer eindeutigen klinischen Systematik sehr scharf darauf durchsehen müssen, ob hier wirklich nur rein durch den pathogenen Faktor der Rückbildung bestimmte spezifische Psychosen untergebracht sind und nicht vorwiegend solche unspezifische, an denen dieses biologische Moment nur prädisponierend, provozierend oder pathoplastisch beteiligt ist.

Im übrigen erfordert die Notwendigkeit einer rein pathogenetischen Ableitung echter Krankheitstypen durchaus nicht etwa, daß nun alle charakteristischen Krankheitsbestandteile einheitlich pathogenetisch

festgelegt sein müssen. Die Tatsache der polygenen und heterogenen Zusammensetzung von Krankheitsfällen und -typen durchzog die ganze obige Aufbaubetrachtung, und selbst der Zusammenschluß organisch bedingter und funktioneller Erscheinungen in einem Krankheitsrahmen, etwa bei den arteriosclerotischen, senilen u. a. Störungen, bot kein Hindernis für ihre Anerkennung als echte Krankheitstypen. Man braucht daher auch dem Standpunkt ASCHAFFENBURGS, wonach die Geschlossenheit eines Krankheitstypus unvereinbar sei mit dem Auftreten von der Krankheit wesensfremden Erscheinungen, durchaus nicht so bedingungslos, wie die Logik es zu fordern scheint, beizupflichten. Die pathogenetische Einheitlichkeit aller Krankheitsmerkmale mag Voraussetzung für einen idealen Krankheitstyp sein, für eine echte oder wenigstens für eine praktische Krankheitseinheit ist sie es jedenfalls nicht. Wäre diese Homogenie der Krankheitselemente Bedingung, so wäre jedenfalls das Suchen nach echten Krankheitstypen ein ziemlich eitles Bemühen.

Die Aufbaumomente und speziell wieder die Beziehungen zwischen pathogen und pathoplastisch spielen schließlich auch in die grundsätzliche Auffassung von Krankheitsfamilien und -varietäten mit hinein. Als selbstverständlich muß zunächst auch hier wieder gelten, daß die pathogenetische Übereinstimmung allein das Bindeglied für natürliche Krankheitsfamilien abgibt, und daß lediglich pathoplastische Übereinstimmungen, selbst wenn sie zu ganz umfassenden Symptomen- und Verlaufsgemeinsamkeiten führen, die Vereinigung zu einer klinischen Gruppe noch nicht rechtfertigen. Damit ist beispielsweise auch zur Genüge gesagt, wie man sich zu den schon wiederholt herangezogenen chronisch-progressiven systematisierenden Wahnbildungen ohne Defektausgang zu stellen hat. Daß es insbesondere für ein reinliches klinisches Empfinden nicht angeht, pathogenetisch nachweislich verschiedene Fälle dieser Art auf schizophrenem, psychogenem, paranoischem usw. Boden wegen der weitgehenden äußeren Übereinstimmung in innere Wesensverbindung zu bringen und ohne weiteres fließende Übergänge zwischen ihnen anzuerkennen. Daß Krankheitsgruppen nach Art der Schwangerschafts-, Wochenbetts-, Gefängnispsychosen u. dgl. kaum irgendwelchen klinischen Wert als Krankheitsgruppen aufweisen, solange das namengebende Moment an den einzelnen Krankheitsfällen in wechselnder Weise beteiligt ist — bald pathoplastisch, bald provozierend, bald nur prädisponierend usw. —, ist zu selbstverständlich, als daß es mehr als eine bloße Erwähnung verdient.

Kann für die Aufstellung von Krankheitsfamilien nur das pathogene Moment bestimmend sein, so muß man für die Krankheitsspielarten auch das pathoplastische daneben gelten lassen. Durch diese Heranziehung der verschiedenen Aufbaudeterminanten kommt dann eine ziemliche Variabilität in die einzelnen Typen hinein, die

um so größer zu sein pflegt, je umfassender der Aufbau ist, und je mehr vor allem pathoplastische Faktoren mitsprechen. Speziell bei den konstitutiven und psychogenen Störungen bringt es die ausgesprochene psychoplastische Zugänglichkeit neben anderen Gründen mit sich, daß diese Formen gegenüber den anderen sich durch eine besondere Variationsfähigkeit und Variationsbreite und damit eine besondere Fülle von Spielarten auszeichnen. Immerhin führt doch auch bei den organischen und exogenen Psychosen die in Art und Umfang mannigfach variierende Verbindung von exogenen und endogenen, organischen und funktionellen Momenten eine beachtliche Spielbreite von Sonderfällen herbei.

Da im übrigen neben den pathoplastisch bedingten Spielarten natürlich auch die pathogenetisch bedingten in Betracht kommen, kann die verschiedene klinische Wertigkeit von pathogen und pathoplastisch auch für die Bewertung der Varietäten nicht belanglos bleiben. Erforderlich wird die grundsätzliche Auseinanderhaltung von Spielarten höherer und niederer Ordnung, je nachdem sie, durch Varianten des pathogenen Agens selbst gegeben, an den allgemeinen Grundformen vor sich gehen oder aber, lediglich durch pathoplastische Abwandlungen bedingt, sich im wesentlichen nur auf die Spezialausgestaltung beschränken. Daß Änderungen des pathogenen Agens in Qualität, aber auch in Intensität, Dauer, Umfang usw., recht tiefgehende klinische Varietäten zustande bringen können, beweist neben den toxikologisch-experimentalpsychologischen Untersuchungen schon das Alltagsexperiment der Alkoholvergiftung mit ihren vom Alkoholquantum abhängigen differenten Erregungs- und Lähmungszuständen, beweisen ferner mancherlei klinische Beobachtungen beispielsweise im Bereich der exogenen Psychosen, wo je nach der verschiedenen Stärke der Hirnschädigung ganz gegensätzliche: teils homonome, dem Hirnmechanismus wesensgemäße, teils heteronome, dem natürlichen psychischen Geschehen fremde Syndrome auftreten (Kleist), oder wo je nach der verschiedenen Dauer der Einwirkung teils unspezifische Störungen (bei akuter), teils spezifische (bei chronischer) sich einstellen (Jelgersma). Und daß umgekehrt die pathoplastischen und zumal psychoplastischen Unterschiede vielfach klinisch ungleich unwesentlichere Varietäten ergeben, darauf weist schon die Erfahrung hin, daß diese Spielarten in fließenden Übergängen zu den Individualfällen mit ihren fallweise variierenden Typusausgestaltungen hinüberführen.

Endlich wird man auch bei den sonstigen klinischen Varianten: den vom Typus sich entfernenden atypischen Fällen und den anderen Typen sich nähernden „Übergangs- und Mischfällen" — (man denke, was alles an depressiven oder paranoiden oder Angstpsychosen als klimakterische, präsenile u. dgl. zusammengefaßt wird) — gleichfalls die grundsätzliche Klarstellung, ob pathogenetisch oder -plastisch

bedingt, nicht entbehren können. Daß auch hier die pathoplastischen Faktoren, die von der biologischen Konstitution, der psychischen Eigenart und anderen Momenten ausgehen, sehr ins Gewicht fallen können, dafür spricht beispielsweise die Tatsache der durch eine degenerative Konstitution oder eine hochdifferenzierte geistige Struktur modifizierten und komplizierten Krankheitsbilder: atypische Psychosen der russisch-jüdischen Bevölkerung, atypische Psychosen der geistig Höherstehenden und der Hochbegabten (NIETZSCHES Paralyse, STRINDBERGS Schizophrenie) u. a. m. Diese Erkenntnis, daß so manche atypische Krankheitsfälle lediglich auf gewisse Besonderheiten ihrer Aufbaudeterminanten zurückzuführen sind, dürfte, wenn nichts anderes, so wenigstens das eine Gute haben, daß sie einer zu weitgehenden Neigung zur klinischen Aufsplitterung von Krankheitsformen und -spielarten ein Halt zuruft.

Selbstverständlich birgt das Aufbauprinzip bei unkritischer oder einseitiger Anwendung auch Gefahren in sich, und speziell die Gefahren einer Übertreibung für die klinische Systematik dürfen nicht übergangen werden. Sie liegen im wesentlichen in der Richtung einer weitgehenden Auflösung der Krankheitstypen als pathogenetischer Einheiten. An dem einen Ende steht die Individualpsychose: In ihrer Besonderheit nur einmal vertreten, in ihrer Form nur einmal gegeben, stellt sie lediglich das Aufbauprodukt aus den verschiedenen inneren und äußeren individuellen Determinanten — Konstitution, Alter, Geschlecht, Charaktereigenart auf der einen, äußere Noxen, Milieu, Situation, Erlebnisse usw. auf der andern Seite — dar. An dem andern Ende — im Grunde zugleich mit ihr gegeben — steht die Einheitspsychose: Ihrem Wesen nach völlig amorph und unbestimmt, ist sie die allgemeine Resultante aus dem Zusammenwirken einer allgemeinen Prädisposition zur Geisteskrankheit von innen und irgendeines provozierenden Momentes von außen, wobei erst die individuell wechselnden sonstigen Aufbaudeterminanten ihr prägnante Züge verleihen[1]).

Das ist gewiß zu weit gegangen. Immerhin scheint eine Fragestellung von nicht so weitgehender Einseitigkeit wenigstens der Nachprüfung wert. Kommen psychische Krankheitszustände vor, etwa Depressionszustände, die in der Hauptsache einfach als das Ergebnis eines unglücklichen Zusammentreffens und Zusammenwirkens verschiedener unspezifischer äußerer und innerer Momente — körperliche Schwächung, seelische Erschütterungen, besondere (nicht abnorme) psychische Individualität usw. — anzusehen sind, ohne daß man dabei ein bestimmtes Einzelmoment als das pathogenetisch wirklich ausschlaggebende ansprechen kann?

---

[1]) Die NEUMANNsche Einheitspsychose, aus der Auffassung herausgebildet, daß die verschiedenen Krankheitsformen nur verschiedene Stadien ein und desselben Krankheitsprozesses sind, ist natürlich etwas ganz anderes.

Im übrigen scheinen mir Anschauungen, die sich in dem hier angedeuteten allgemeinen Kreise bewegen, der modernen Psychiatrie überhaupt nicht ganz fremd zu sein. So spielt beispielsweise in den Bleulerschen Hinweis, daß die Begleitpsychosen, die sich neben der Schizophrenie in den Sippen Dementia praecox-Kranker finden, Äußerungen von Komponenten oder Komponentenkombinationen sein könnten, die in anderer Gruppierung die Dementia praecox bilden, doch wohl die (von ihm selbst übrigens abgelehnte) Anschauung einer Erbeinheitspsychose bzw. einer konstitutiven Einheitspsychose mit je nach den Aufbaudeterminanten variierenden Gestaltungen hinein. Wenn nun Hinrichsen gar die Meinung ausspricht, daß je nach den Resistenzen in einem psycho-cerebralen System bei wahrscheinlich gleichem Grundprozeß manisch-depressive oder typische Dementia praecox-Symptome in Erscheinung treten können, das heißt also, daß letzten Endes selbst zwei grundsätzlich so verschiedene Typen wie die schizophrenen und manisch-depressiven nur konstitutiv bedingte Varietäten des gleichen Krankheitsprozesses bedeuten, so scheint mir dies allerdings in seinen Konsequenzen ein vernichtender Vorstoß gegen unser ganzes klinisch-psychiatrisches System, dessen Berechtigung noch eines eindeutigen Nachweises bedarf.

Immerhin sind doch auch gewisse stärker auf klinisch-empirischen Tatbeständen fußende und in der Zielrichtung dieser Aufbaubetrachtung sich stärker annähernde Forschungsbestrebungen nicht ganz von klinischen Bedenklichkeiten frei. Speziell gefährdet eine klinische Betrachtungsweise im Sinne eines undifferenzierten Konditionalismus, die darauf ausgeht, und sich damit begnügt, lediglich alle am Aufbau der Psychose beteiligten Komponenten herauszuholen und unterschiedslos zusammenzustellen, ohne sie weiter nach ihrer klinischen Wertigkeit und ihrer variierenden Stellung im Krankheitsrahmen zu ordnen — gefährdet — meine ich, den Bestand der Krankheitseinheiten. Kretschmer ist in seinen Bestrebungen einer „mehrdimensionalen" Diagnostik dieser Gefahr nicht entgangen, die letzten Endes zu einer Auflösung der Krankheitsformen in bloße wechselnde Gruppierungen von biologischen, psychologischen und andern Radikalen führen muß, und es ist in diesem Sinne bezeichnend, daß er direkt den Ruf nach Krankheitszweiheiten und -vielheiten statt nach Krankheitseinheiten ausgestoßen und den eingebürgerten klinischen Bezeichnungen und Einheitsdiagnosen im wesentlichen nur noch aus praktischen Gründen Daseinsrecht zugebilligt hat. Eine solche Einstellung wird von der Strukturanalyse, der es zwecks Sicherung echter und reiner Krankheitstypen gerade auf die Differenzierung der klinischen Valenz und der nosologischen Bedeutung der gewonnenen Krankheitsbestandteile ankommt, entschieden abgelehnt.

Weniger weit getrieben und zum mindesten leichter diskussionsfähig erscheinen gewisse andere Ableitungen aus der Aufbaubetrachtung. Sie lassen wenigstens einige pathogenetisch festgelegte einfache klinische Grundformen eines Typus gelten, fassen aber alle sonstigen und insbesondere die komplizierteren psychotischen Begleiterscheinungen als pathoplastische Erscheinungsweisen dieser Grundform auf. Das heißt also, wie früher schon angedeutet, auf die Paralyse oder Schizophrenie angewandt: die „blande" dementive Form stellt den eigentlichen spezifischen Krankheitstyp dar, die verschiedenen psychotischen Spezialformen — manische, depressive bei der Paralyse, paranoide bei der Schizophrenie usw. — dagegen lediglich pathoplastische Abwandlungen dieses pathogenetischen Typs. Die klinische Erfahrung, die den pathogenetischen Ursprung der verschiedensten, oft recht komplizierten prozeßpsychotischen Gebilde nachweist, widerlegt die durchgängige Anwendbarkeit dieser Anschauung, die eine enorme Vereinfachung der klinischen Systematik bedeuten würde.

Übrigens drängt die bisher durchgeführte Vereinfachung der klinischen Gruppenbildung, wie sie in der Vereinigung der verschiedensten Bilder in den großen allgemeinen Krankheitsgruppen der schizophrenen, manisch-depressiven Psychosen usw. zum Ausdruck kommt, drängt, sage ich, von sich aus auf die Notwendigkeit hin, vermittelst der Aufbauanalyse ein Verständnis für die zahlreichen variierenden Gestaltungen im Rahmen dieser umfassenden Krankheitskreise zu gewinnen. Deswegen scheint mir auch die vielgeschmähte Tendenz der „großen Töpfe" die klinische Psychiatrie durchaus noch nicht, wie es immer hingestellt wird, zu völliger wissenschaftlicher Unfruchtbarkeit zu verurteilen —, eine Tendenz, die im übrigen über Lob und Tadel völlig erhaben ist, sofern sie nur wissenschaftlich genügend begründet ist.

Die allgemeine Bedeutung des Aufbauprinzips im klinischen Bereich bleibt aber von allem Für und Wider unberührt bestehen: Es lenkt die klinische Betrachtung von den äußeren Erscheinungen und Merkmalen weg auf die inneren Strukturverhältnisse hin. Es differenziert die Krankheitsbestandteile nach ihrer klinischen Wertigkeit, bringt neben den grundlegenden spezifischen auch die sozusagen „außerwesentlichen" gebührend zur Geltung und erleichtert damit die richtige klinische Zu- und Einordnung. Es wird dem konkreten Einzelfall voll gerecht, läßt alle ihm individuell zugehörigen Elemente in allen ihren inneren und äußeren Beziehungen erschöpfend erfassen, und es tritt hinsichtlich des Krankheitstypus vor allem einer zu schematischen Auffassung entgegen, die die Krankheitsformen in enge, starre Schablonen zwängen will. Damit ergeben sich aber vom Aufbau aus vielfache Ausgangspunkte für eine vertiefte Grundlegung und eine schärfere Ausarbeitung der gesamten Klinik.

III. Der Kreis der pathoplastischen Erscheinungen: Die Gestaltungsmomente im klinischen Bild der Psychosen.

Auf Grund strukturanalytischer Betrachtung läßt sich die der Psychiatrie genugsam vertraute und selbst einer sonst noch im Spekulativen befangenen Seelenheilkunde nicht entgangene allgemeine Erfahrungstatsache: daß auch abgesehen von den die Psychose verursachenden Einflüssen und in ziemlicher Unabhängigkeit von ihnen vielfache Kräfte am Werke sind, um das Bild der geistigen Störung, so wie es sich im Realfall darbietet, in seiner vollendeten Gestalt festzulegen — noch anders und schärfer formulieren: Danach wird die Psychose erst dadurch voll gebildet, daß sich an gewisse pathogenetisch erwirkte spezifische Stammgebilde oder Grundstrukturen — die pathologischen Grundformen — gewisse pathoplastisch bedingte unspezifische psychopathologische Bildungen allgemeiner Art — Radikale oder wie man sonst diese Gestaltungsformen nennen mag — angliedern oder in sie eingliedern. Diese relativ einfache Formel faßt im Grunde alle jene zahllosen und in jedem Einzelfall in stets wechselnder Form zu erneuernden konkreten Beobachtungen zusammen, wonach wir alle nur denkbaren Momente, normale wie pathologische, endogene wie exogene, psychische wie physische, funktionelle wie organische, mit verschiedenen Anteilen und mit verschiedenartigen Mechanismen in die einzelnen Funktionsgebiete eingreifen und die verschiedensten Krankheitsbestandteile: Symptomen- wie Verlaufserscheinungen und im Einzelnen die ganze — sensorielle wie assoziativ-intellektuelle, emotionelle wie motorische — Symptomatik beeinflussen, gestalten, umgestalten und erweitern sehen.

Die Beachtung und Bewertung, die diese Gestaltungsphänomene von seiten der Klinik erfuhren, wechselte naturgemäß mit den sonstigen psychiatrischen Anschauungen, mit der ganzen klinischen Einstellung. Sie mußten in einer „organisch" orientierten Epoche, die nur das in den Hirnveränderungen fundierte Psychotische sah und suchte, als klinisch belanglos gelten und daher so gut wie unberücksichtigt bleiben. Sie mußten umgekehrt von einer vorwiegend indivi-

dualpsychologisch interessierten Forschungsrichtung nach Art der von FREUD befruchteten beherrschend in den Vordergrund gerückt und in ihrer klinischen Bedeutung gegenüber den eigentlichen Grundstörungen überbewertet werden, derart, daß etwa für OTTO GROSS der Sadismus zum gestaltenden Prinzip für die Paranoia, der Masochismus zu dem für die Schizophrenie und die ihr symptomatisch verwandten Bilder wird und daß ganz allgemein für gewisse Psychoanalytiker der „psychische Komplex" das Monopol für die Bildung aller möglichen Erscheinungsformen des Irreseins erhält. Natürlich greift jede derartige einseitige psychiatrische Einstellung, mag sie im übrigen sein, wie sie wolle, in diesen Dingen fehl und wird dieser Sondergruppe klinischer Erscheinungen nicht gerecht. Nur eine unvoreingenommene und umfassende Betrachtung der Gestaltungsphänomene, die sowohl die bestimmenden Formenkräfte, die von ihnen ausgehenden Mechanismen und die aus ihnen sich ergebenden klinischen Bildungen, wie auch die Bedingungen, unter denen sie auftreten, und die klinischen Zusammenhänge, in die sie eingeordnet sind, berücksichtigt, kann ihre klinische Eigenart, ihre Stellung im klinischen Rahmen und ihre Bedeutung für den Krankheitsfall und die Krankheitsform richtig festlegen. Die klinischen Erscheinungen, die dabei herangezogen und zusammengestellt werden müssen, sind selbstverständlich der Psychopathologie nicht fremd. Sie sind ihr sogar im großen ganzen schon lange vertraut. Doch ist es gar nicht ihre klinische Neuartigkeit, sondern lediglich ihre Bewertung und Verwertung unter dem Gesichtspunkt ihrer formenden Bedeutung, die das grundsätzlich Eigen- und Besondersartige in diese klinische Betrachtung hineinträgt.

Wir vergegenwärtigen uns zunächst noch einmal flüchtig die innere Gliederung, das strukturelle Gerüst, die Strukturformel der Psychose: Auf der einen Seite heben sich uns in großen Umrissen die pathogenetisch gegebenen Stammgebilde der elementaren, relativ einförmigen allgemeinen Grundformen heraus, auf der andern tritt uns die vielfältig ausgestaltete, reich gegliederte, vielseitig differenzierte und weitgehend variierende konkrete Psychose gegenüber, die diesen reichen klinischen Zuwachs den mannigfachen Gestaltungseinflüssen verdankt. Bei jenen die Grundformen festlegenden pathogenetischen Vorgängen sehen wir die wirksamen Kräfte auf ein normales psychisches Geschehen einwirken und dort die pathologischen Gebilde erst neu schaffen; bei den pathoplastischen, den Bildformungen dienenden Vorgängen dagegen sehen wir diese Faktoren in ein schon bestehendes (pathogenetisch erwirktes) psychotisches Geschehen eingreifen, im Pathologischen und am Pathologischen wirksam werden. Dieser Gegensatz ist beachtlich, er charakterisiert auch die Natur der für die beiden Gebiete wirksamen Kräfte, Tendenzen und Mechanismen: Für die patho-

genetischen Phänomene fallen nur solche ins Gewicht, die selbst von pathologischer Natur bzw. von pathologischer Wirkungskraft sind, also immerhin eine begrenzte ausgewählte Zahl von nach Art und Wirkungsweise spezifischen Faktoren. Für die pathoplastischen dagegen kommen ebensogut und sogar vorzugsweise natürliche, normale, allgemeinpsychologische wie -physiologische in Betracht, also zum Teil recht unspezifische allgemein-menschliche von entsprechend uncharakteristischer Wirkungsart. Dadurch wird für den pathoplastischen Bereich gegenüber dem pathogenetischen der Kreis der heranzuziehenden Erscheinungen wesentlich erweitert, dazu freilich auch verallgemeinert. Und zugleich erhöhen sich damit für die klinische Betrachtung die Erfassungsmöglichkeiten: Denn die Wirkungsweisen und Gestaltungseinflüsse, wie sie von jenen natürlich wirksamen psychischen und physischen Kräften nach Art etwa von Erlebnissen, Lebensalter u. dgl. ausgehen, und überhaupt die ganzen hier vielfach als formgebend heranzuziehenden normalpsychologischen Mechanismen sind unserm Verständnis immerhin leichter und weiter zugänglich als jene, die mit den krankheitserzeugenden traumatischen, toxischen und ähnlichen Noxen zusammenhängen. Und damit gewährt der Versuch der systematischen Darstellung einer „klinischen Pathoplastik" ein wenn auch nicht erschöpfendes, so doch wenigstens inhaltlich umfassenderes Bild und gibt einen vielseitigeren, beziehungs- und anschauungsreicheren Überblick sowie eine lebensvollere Darstellung, als wir sie bei der später zu versuchenden systematischen Zusammenstellung der pathogenetischen Erscheinungen werden gewinnen können.

1. Die Gestaltungstendenzen und -mechanismen.

Wir nehmen als Ausgangselemente für unsere Betrachtung die im klinischen Bilde wirksamen Gestaltungstendenzen. Wir verstehen darunter gewisse im klinischen Bereich immer wiederkehrende allgemeine Bereitschaften und Neigungen zu bestimmten, an sich unspezifischen (d. h. nicht sowohl an bestimmte Krankheitsformen gebundenen als vielmehr die ganze klinische Reihe durchziehenden) Funktions- und Wirkungsweisen, die durch die pathologischen Grundprozesse selbst noch nicht gegeben sind, wenn auch ihr Auftreten durch diese begünstigt werden mag. Wir kennzeichnen zunächst die wichtigsten Formen dieser — z. T. wie gesagt durchaus natürlichen, allgemein menschlichen, normal-psychologischen oder -physiologischen (zum andern Teil allerdings auch pathologischen) Tendenzen und Mechanismen, um so jene Beeinflussungen der Grundstörungen, jene Formungen, Aus- und Umgestaltungen der pathogenetischen klinischen Gegebenheiten, durch die erst das klinische Bild zur konkreten Vervollständigung gelangt, voll zu erfassen.

Wir beginnen mit jener im ganzen sensoriellen Syndromengebiet verbreiteten und ziemlich ohne weiteres einleuchtenden Erscheinung: daß bestimmte krankhafte Veränderungen in den Sinnesorganen und die von ihnen ausgehenden peripheren Reize die besondere Tendenz zu elektiver Determinierung, zu einer dem Reizfaktor adäquaten Gestaltung der halluzinatorischen Syndrome haben. SCHILDER[1]) hat dafür direkt den experimentellen Nachweis zu erbringen vermocht, indem er gegebene optische Sinnestäuschungen durch Labyrinthreizungen im Sinne der Erzeugung und Steigerung von Bewegungserscheinungen beeinflussen konnte. Doch läßt sich die gleiche Erkenntnis auch einwandsfrei aus der unmittelbaren klinischen Erfahrung gewinnen, wie die nicht selten zu beobachtende einseitige Lokalisierung von Gehörstäuschungen auf die dem erkrankten Ohr entsprechende Seite, das einseitige Auftreten von Gesichtshalluzinationen auf der Seite einer peripheren Augenerkrankung, die räumliche Verlegung der Visionen ins Bereich des zentralen Gesichtsfeldsdefekts bei Augenhintergrundsleiden (Fälle von UTHOFF)[2]), das Eingehen der aus einer peripheren Augenerkrankung fließenden abnormen Flimmersensation in die Gesichtshalluzination (Fall von SCHILDER) u. dgl. beweisen. In ähnlicher Weise sind wohl auch manche anderen Syndromenformungen abzuleiten, so die massenhaften Visionen der Alkoholdeliranten aus retinalen Reizzuständen (Bulbusdruckphänomen!), so ihre Berührungshalluzinationen aus neuritischen Reizeinflüssen u. a. m. Kurz und gut, wir sehen allenthalben unabhängig von der besonderen Krankheitsform die gleiche Determinationserscheinung: eine von peripheren physischen Reizfaktoren ausgehende Tendenz zu sensorieller Symptomengestaltung.

Diese im wesentlichen in der physischen Sphäre liegenden Gestaltungsfaktoren werden an Umfang des Einflußbereichs wie an Vielgestaltigkeit der Niederschlagsformen weit übertroffen von den vom Psychischen selbst ausgehenden, psychodynamischen Formtendenzen, die speziell zu inhaltlicher Festlegung der verschiedensten Symptome führen. Hier ist zunächst als Gesetz von ganz allgemeiner Geltung festzustellen, daß allenthalben im Bereich der Psychosen gewisse dem Träger der Geistesstörung irgendwie naheliegende seelische Inhalte zur Projektion in psychotische Symptome neigen. Mag es sich um die syndromale Repräsentation seelischer Inhalte von Gewohnheitswert handeln, wie bei der Berufs- und Kneipensituation des Alkoholdelirs (wobei übrigens auch die delirante Bewegungsunruhe sich oft genug gleichfalls unmittelbar nach der gewohnten [Berufs- usw.]

---

[1]) SCHILDER: Über Halluzinationen. Zeitschr. f. d. ges. Neurol. u. Psychiatr. Bd. 53.

[2]) UTHOFF: Beiträge zu den Gesichtstäuschungen bei Erkrankungen des Sehorgans. Monatsschr. f. Psychiatr. u. Neurol. Bd. 5

Tätigkeit gestaltet), mögen sich psychische Inhalte von Aktualitätswert im Symptomenbilde niederschlagen, wie bei gewissen Infektionsdelirien, Alkoholhalluzinosen und auch halluzinatorisch-paranoiden Schizophrenien des Krieges, mögen endlich und vor allem es psychische Inhalte von starkem Affektwert sein, die syndromal bestimmend einwirken (Faktoren, die übrigens wohl auch schon bei den ebengenannten Kriegsausgestaltungen mehr oder weniger mitsprechen), — immer läßt sich die gleiche Erscheinung in wechselnden Bildern so ziemlich durch die ganze Reihe der psychotischen Krankheitstypen (wenn auch natürlich nicht stets in gleichem Maße) verfolgen: bald in halluzinatorischen Formen, wie in Fällen von SCHILDER, wo Kriegsverletzte die eigenen schmerzlich empfundenen Körperdefekte (Erblindungen, Verkrüppelungen) in entsprechenden Sinnestäuschungen (Köpfe mit leeren Augenhöhlen u. dgl.) objektiviert wiederfanden; bald in deliranten Bildungen, wie bei den Reminiscenzdelirien hysterischer, psychogener und anderer Genese (darüber hinaus übrigens sogar in analogen normalpsychologischen Formen bei den physiologischen Kriegsreminiscenztraumbildern der Feldsoldaten); bald auch im Rahmen der Vorstellungsanomalien bei den überwertigen Ideen der Psychopathen wie der Melancholiker, in deren Inhalt sich affektbetonte Vorstellungskomplexe, Erlebnisresiduen, ethisch unlustbetonte Erinnerungen an eigene Handlungen u. dgl. widerspiegeln; bald in Fassungen von Zwangscharakter bei den Zwangsbefürchtungen und anderen Zwangspsychismen, die sich inhaltlich auf hochwertige Vorstellungskomplexe (ethische, religiöse und ähnliche) beziehen; und schließlich und nicht zuletzt in wahnhafter Form bei den paranoischen Bildungen verschiedenster Genese (degenerativer, schizophrener, paranoischer, paraphrener u. a.), wo allenthalben von Erlebnissen und Lebenskonstellationen ausgehende affektbetonte Vorstellungskreise dem Wahn den Inhalt verleihen.

Diese letzteren Zusammenhänge: die inhaltliche Determinierung des Wahns durch affektbetonte Bewußtseinsinhalte weisen schon unmittelbar auf eine weitere bedeutsame und durch die ganze klinische Reihe hindurchgehende Gruppe klinischer Gestaltungstendenzen hin, die mit den eben gekennzeichneten eng zusammenhängen und fließend zu ihnen hinüber führen. Es sind dies die mit dem von MAIER eingeführten Ausdruck als katathyme zu bezeichnenden. Gestaltungstendenzen also, die aus emotionellen Einstellungen und Bedürfnissen aller Art, nicht zum wenigsten aus solchen elementar-triebhaften Charakters, entsprungen sind, und die dahin wirken, daß sich die Bewußtseinsinhalte sowohl ihrem eigentlichen Inhalt wie ihrem Realitätswert nach ihnen entsprechend formen. Wir finden sie in ihrer einfachsten und durchsichtigsten Form als egozentrische Denktendenzen ganz allgemein

im Pathologischen wirksam, und zwar zunächst in der Art, daß sich die Gedankenkreise und Richtungen um das eigene, — zumal das körperliche — Wohl und Wehe zentrieren. Sie legen damit den Grund zu jenen, das ganze Psychosengebiet durchziehenden, hypochondrischen Syndromen, die das klinische Bild der betreffenden — paralytischen, schizophrenen, melancholischen, psychogenen usw. — Psychose charakteristisch färben. — Wir sehen die gleiche katathyme Gestaltungstendenz unter dem Einflusse des natürlichen Bedürfnisses nach Befriedigung des Selbstgefühls bei den heterogensten Psychosen in gewissen ich-erhöhenden Vorstellungsverfälschungen wiederkehren: so in den pseudologischen Phantasiebetätigungen der hysterischen und anderen psychopathischen Konstitutionen mit ihrem bald mehr spielerischen, bald mehr ernsthaft-wahnhaften Charakter, so in den Größenwahneinfällen der pathologischen Rauschzustände, der hysterischen und anderen Dämmerzustände, so in den renommistischen Größenideen der Manien, den maßlosen der Paralysen oder des zerfallenden schizophrenen Paranoids. Vor allem aber sehen wir diese „katathym-egozentrische" Denktendenz als die eigentliche Gestaltungskomponente für die so bedeutsam paranoischen Syndrome im engsten Sinne bei den verschiedensten Krankheitsformen, der Paranoia, der Paraphrenie, den psychogenen Störungen usw. wirksam, wo sie die paranoische Einstellung und Auffassung, den Wahn im Sinne des Für oder Gegen, des zugunsten oder zur Schädigung der eigenen Person zu bestimmen und insbesondere die charakteristischen paranoischen Syndrome der egozentrischen Beziehungssetzung, der Eigenbeziehung, des — sei es günstig, sei es ungünstig gefärbten — Beachtungswahns festzulegen pflegt.

In das Gebiet der katathymen Gestaltungstendenzen gehören schließlich auch noch jene besondersartigen und mit bezeichnenden Sondermechanismen (autosuggestiven) wirksamen klinischen Phänomene, bei denen die innerliche lustvolle Zuwendung oder unlustbetonte Ablehnung die elektive Behandlung der Bewußtseinsinhalte in positivem wie negativem Sinne und damit die Gestaltung des geistigen Besitzes bestimmen. Derart, daß für das Wissen und Nichtwissen, die Erinnerung und das Vergessen, den Realitäts- und Richtigkeitswert von Inhalten lediglich der ihm anhaftende — positive oder negative — Gefühlsakzent ausschlaggebend wird. Auch diese Gestaltungstendenzen sehen wir über weite Formenkreise, von den psychogenen und hysterischen angefangen über die schizophrenen und paranoischen Psychosen hinaus selbst bis zu den organischen hin —, wenn auch mit einer stets abnehmenden Verbreitung sich erstrecken, und dabei sich in den verschiedensten Krankheitsbestandteilen niederschlagen: sowohl in positiven von Wahncharakter, den wahnhaften Wunscheinbildungen und Erinnerungskonfabulationen, wie in den ne-

gativen Syndromen der durch Verdrängung entstandenen Wissens- und Erinnerungsausfälle, wie schließlich unter systematischem Zusammenwirken beider und darüber hinaus unter gleichzeitiger Umstellung der Bewußtseinstätigkeit in den katathym orientierten Dämmerzuständen, wo Erkennen und Nichterkennen gleichfalls in entsprechend systematischer und elektiver Weise mit bestimmten Personen-, Situations- u. dgl. Verkennungen vor sich geht[1]. — Daß im übrigen diese katathymen Gestaltungstendenzen über die Vorstellungssphäre hinaus noch weiter greifen und auch noch auf die motorische und Ausdruckssphäre bei den verschiedensten Psychosen übergreifen können, lehren die vom Wunsch nach Krankheitsdarstellung (Bonhöffer), von dem Bestreben zur Scheinkrankheit ausgestalteten simulatiformen psychotischen Verhaltungsweisen und Äußerungsformen pseudodementiver, puerilistischer, faxensyndromaler Art, wie sie im Rahmen der hysterischen, aber auch schizophrenen und selbst paralytischen Störungen haft- und unfallpsychotischen Charakters bekannt sind, lehren des weiteren mancherlei von Erlebnissen, Wünschen, Neigungen, kurz von mannigfachen „Komplexen" geformte Manieren, Stereotypien und Automatismen, die die motorische Syndromatik der Schizophrenie oft so eigenartig färben.

Als eine besonders geartete und zu eigenartigen Bildgestaltungen führende inhaltliche Determinierungstendenz muß schließlich noch die symbolisierende genannt werden, die leider vielfach nur allzu unkritisch und übertrieben bei der Ausdeutung der Sondergestaltungen psychotischer Gebilde Verwertung gefunden hat. Es handelt sich hierbei um eine primitive Form der Gedankenbildung, auf die schon die in der normalen Breite liegende natürliche Entwicklung der Denkinhalte aus Vorstellungsbildern mit Hilfe symbolischer Zwischenglieder (G. E. Müller) hinweist und die daher auch schon im normalen Bereich in primitiven Geistesverfassungen, so beim Übergang vom Wach- zum Traumbewußtsein in bildlichen Umsetzungen der Gedanken zur Auswirkung kommt. Diese Tendenz zur sinnbildlichen Darstellung sehen wir ähnlich wie im normalen Traum auch im Pathologischen bedeutsam formgebend wirksam, und zwar (ohne Rücksicht auf den klinischen Formenkreis) immer wieder da, wo aus pathologischen Gründen (wie im Rahmen der verschiedensten Psychosen der Fall) das rein begrifflich klare Denken versagt oder in seiner Entwicklung behindert wird; also beispielsweise bei den schizophrenen Apperzeptionsschädigungen (Storch, Reiss),

[1] Diese katathyme Personenverkennung ohne eigentliche Wahnbildung — festgehaltene Identifizierung bestimmter Personen der Umgebung mit geliebten Personen — ist überhaupt ein verbreitetes Gestaltungsphänomen bei akuten wie chronischen Psychosen. Sie findet sich beispielsweise bei verwirrten Manien, Schizophrenien, psychogenen Störungen, gelegentlich selbst bei Korsakoff-Psychosen.

bei den deliranten Bewußtseinstrübungen hysterischer, hypnotischer und sonstiger Genese, auch in epileptischen und anderen Ausnahmezuständen usw. Sie ist freilich nicht immer so durchsichtig als gestaltende Kraft herauszuerkennen wie in der von SCHWAB[1]) veröffentlichten Selbstschilderung einer anscheinend schizophrenen Psychose, in der sich eigene Fehler, Eigenschaften, Gewohnheiten usw. des Erkrankten in entsprechenden Gestalten versinnbildlicht widerspiegelten (die Empfindung des angenehmen Geschmacks einer genossenen Speise beispielsweise in einem Dämon in Gestalt eines gefräßigen, lüsternen Menschen). In ihr Bereich gehört vielleicht auch jenes bei akuten halluzinatorischen Phasen gar nicht seltene Erlebnis des Einbruchs des Ungeheuerlichen und Katastrophalen, das wohl den plötzlichen Verlust der natürlichen richtigen Einstellung zur Wirklichkeit symbolisch wiedergibt.

Die bisher herangezogenen Gestaltungstendenzen dienten im wesentlichen der inhaltlichen Ausgestaltung der Bewußtseinsbestandteile und beschränken sich damit auf die Formung des Symptomenbildes. Zu ihnen treten nun noch andere, die auch die Extensität der Syndrome beeinflussen und damit auch noch mehr oder weniger der Erweiterung und Weiterführung der Störungen dienen. Darunter fällt zunächst einmal ganz allgemein die Tendenz zu assoziativer Angliederung weiterer Vorstellungskreise überhaupt. Sie macht sich in ihren primitiven Formen, ähnlich wie die Symbolisierungstendenz, allenthalben da geltend, wo habituell oder episodisch das psychische Funktionsniveau herabgesetzt, die apperzeptive Funktion, die psychische Intentionalität geschwächt ist, also auch wieder etwa bei deliranten, traumhaft verworrenen Bewußtseinszuständen verschiedenster (hysterischer, epileptischer, schizophrener usw.) Grundlage. Ihr charakteristisches Gestaltungsergebnis sind gewisse eigenartige Vorstellungsbildungen, in denen sich verschiedene, nicht zusammengehörende Vorstellungskomplexe — insbesondere logisch gewonnene sach- und wirklichkeitsgemäße mit wunsch- und neigungsgemäßen unrealen und phantastischen — in fremdartiger Weise verflechten und verschmelzen. In ihrer höher aufgebauten, hochwertigeren Form setzt sich diese assoziative Angliederungstendenz im klinischen Rahmen allenthalben da durch, wo bei annähernder Intaktheit der höheren intellektuellen Funktionen eine Vorstellungsgruppe durch stark affektive Betonung sich vor allen anderen heraushebt und über sie ein funktionelles Übergewicht erhält. Sie führt zu einer Angliederung immer neuen Vorstellungsmaterials sowohl von neu hinzutretenden Eindrücken her wie von dem alten Erfahrungs- und Erinnerungsbesitzstand aus, zu immer erneuter Beziehungssetzung zu

[1]) Zeitschr. f. d. ges. Neurol. u. Psychiatr. Bd. 44.

diesem vorherrschenden Vorstellungskomplex und zu immer weiter gehender Assimilation von zugehörigen Vorstellungskreisen. Als bezeichnendes klinisches Produkt dieser assoziativen Angliederungstendenz ergibt sich dann — und zwar in ziemlicher Unabhängigkeit von der Eigenart der Grundstörung und in gleicher Weise etwa beim beginnenden schizophrenen Paranoid wie bei der Paraphrenie oder den paranoischen Entwicklungen wiederkehrend — eine Ausgestaltung der überwertigen (meist wahnhaften) Vorstellungsgruppe in formaler Hinsicht, ein formaler Ausbau des Wahns (wobei die dem affektbetonten Komplex anhaftende katathyme Tendenz die neu hinzugetretenen Bewußtseinsinhalte auch noch inhaltlich in seinem Sinne — d. h. also wahnhaft — umgestaltet).

Weitere gestaltende Einflüsse im klinischen Bilde gehen von den natürlichen cognitiven und logischen Bedürfnissen des Menschen aus, die sich auch im psychotisch weitgehend beeinflußten Seelenleben noch durchsetzen. Als erste und allernaheliegendste ist hier zunächst die allenthalben hervortretende Neigung zur Erklärung der von der Psychose dargebotenen fremdartigen Bewußtseinsinhalte — vor allem der halluzinatorischen, aber auch anderer — zu nennen. Ein so weit verbreiteter und vielfach so vorherrschender Bestandteil der verschiedensten Psychosen wie der Erklärungswahn ist als das alleinige Ergebnis dieser intellektuellen Gestaltungstendenz anzusprechen und demgemäß zu bewerten.

Ganz nahe verwandt mit dieser Erklärungsneigung, aber doch schon eine eigene Note tragend und daher besser von ihr zu scheiden ist die gleichfalls gegenüber den neuen und fremdartigen Krankheitselementen zutage tretende Tendenz der psychotisch Erkrankten zu rationalistischer Formulierung, zu verstandesmäßiger Fassung der abnormen innerpsychischen Erlebnisse. Diese verstandesmäßige Formulierung pflegt so unwillkürlich, unmittelbar und unbewußt zu erfolgen, daß die klinischen Beobachter sich bei der Festlegung des äußeren Bildes lange Zeit nur an die letztere und nicht an die ihr zugrunde liegenden psychotischen Ausgangserscheinungen gehalten haben und damit im Grunde an dem Wesentlichen sozusagen vorbeigegangen sind. Das gilt besonders für das Gebiet der an fremdartigen psychotischen Innenerlebnissen ja besonders reichen Prozeßpsychosen, vor allem der schizophrenen, wo beispielsweise die Selbstwahrnehmung der vom eigenen Ich, der eigenen Aktivität unabhängig gewordenen psychotischen Funktionsvorgänge sich unmittelbar in den gemachten Gedanken, den Gedankenentziehungen und -übertragungen, den Beeinflussungen durch fremden Willen rationalisiert, wo sich das Bewußtwerden der psychischen Intentionalitätsschwächung in der Idee des Erleidens durch fremde Einflüsse (Berze) verständlich verkörpert,

und wo die Selbstempfindung der eigenen psychotischen Veränderung unmittelbar transitivistisch als geistige Gestörtheit der Umgebung erfaßt wird.

Als letzte intellektuell bedingte im Pathologischen wirksame Gestaltungstendenz normalen Ursprungs ist dann noch die als kombinatorische zu kennzeichnende herauszuheben, d. h. die Neigung zu logischer Inbeziehungsetzung, zur Zusammenordnung und Verknüpfung separater Vorstellungskreise, zur logischen Ausgleichung widersprechender und damit zur Vereinheitlichung des Vorstellungsbesitzstandes. Sie tritt im pathologischen Bereich bei den verschiedensten mit paranoischen Bildungen einhergehenden Psychosen in Kraft und bewirkt charakteristische formale Erweiterungen und Ausgestaltungen des klinischen Bildes im Sinne der Systematisierung, des Auf- und Ausbaus eines Wahnsystems.

Es bleiben von psychodynamischen Gestaltungsphänomenen nun nur noch einige wenige übrig, die an sich solche psychologische Selbstverständlichkeiten darstellen, daß es beinahe sinn- und wertlos erscheinen mag, sie im Bereich der Gestaltungstendenzen als Momente eigner Art gesondert herauszuheben. Aber auch ihnen kommt der Rang von charakteristischen Symptomenformern im klinischen Rahmen zu. Es ist dies einmal die durchaus normalpsychologische Tendenz der vorstellungsmäßigen Bewußtseinsinhalte zur Hervorbringung entsprechender emotioneller Phänomene und dann umgekehrt die Neigung der letzteren zur Hervorrufung adäquater Bewußtseinsinhalte, beides Momente, die im ganzen Gebiet der Psychosen wirksam sind, um das Krankheitsbild durch Hinzufügung bezeichnender neuer Bestandteile charakteristisch auszugestalten: Die depressive oder hypochondrische Verstimmung, die sich an das Bewußtwerden der einsetzenden (schizophrenen, paralytischen usw.) Erkrankung anschließt, der Ratlosigkeitsaffekt, der bei allen akuten Psychosen der Selbstwahrnehmung der gestörten psychischen Eigenfunktionen oder unvermittelten psychotischen Persönlichkeitsänderung auf dem Fuß folgt, — sie bringen ebenso bezeichnende neue Elemente und damit eine ebenso prägnante Sonderfärbung in das gegebene Krankheitsbild hinein wie umgekehrt die Größenideen, die die manische Verstimmung, oder der nihilistische und Verschuldungswahn, den die melancholische Depression nach sich zieht, oder die beängstigenden, bedrohenden Gesichts- und Gehörstäuschungen, die unmittelbar aus dem zunehmenden Angstaffekt bei melancholischen und anderen Störungen hervorgehen oder schließlich die verfälschte Umweltsauffassung, die der (selbst sekundäre) Ratlosigkeitsaffekt von sich aus herbeizuführen pflegt.

Als letzter psychodynamischer Gestaltungsfaktor im Rahmen der Psychosen ist dann schließlich noch die gleichfalls den normalpsycho-

logischen Gesetzmäßigkeiten zugehörige allgemeine Tendenz psychischer und insbesondere affektiver Einflüsse zur Hemmung oder Erregung, zur Lähmung oder Steigerung der geistigen Funktionstätigkeit anzuführen, von der im Grunde das gleiche wie von den eben gekennzeichneten Momenten gilt: daß sie zwar an sich natürliche Erscheinungen des psychischen Funktionsapparates sind, aber durch ihre besonderen Einflußweisen im Pathologischen, speziell durch die eigenartigen Beeinflussungen des psychotischen Gesamtzustandes besondere pathologische Bedeutung gewinnen. Auch diese allgemeine Gestaltungstendenz sehen wir das ganze klinische Gebiet durchziehen und allenthalben bezeichnende Zustandsänderungen des äußeren Bildes, vor allem auch charakteristische Verlaufsschwankungen und -gestaltungen erwirken. Wir treffen sie vorwiegend bei den funktionellen und speziell den psychogenen Störungen an, wo Umgestaltungen, Steigerungen und Nachlässe der Syndrome unter psychischen Einflüssen unverkennbar sind; wir finden sie, wenn auch seltener, bei Prozeßpsychosen nach Art der Schizophrenie wirksam, wo sie sich bei einzelnen Gruppen, z. B. den Haftformen, oft genug nachweisen lassen, und wir vermissen sie schließlich selbst bei den organischen Psychosen nicht ganz, wo sie selbst die primitiven Funktionstätigkeiten des mnestisch-assoziativen Systems, die Gedächtnis-, Sprach- und sonstigen Störungen störend oder fördernd beeinflussen und somit sogar das organische Krankheitsbild gelegentlich entsprechend umprägen.

Den psychodynamischen Gestaltungstendenzen läßt sich zweckmäßig eine anders fundierte Gruppe als biodynamische gegenüberstellen. Sie tritt freilich vorerst infolge der Unzulänglichkeiten der klinischen Erkenntnis auf diesem Gebiete gegenüber den ersteren an Umfang wie Bedeutung noch zurück und läßt auch nur eine Zusammenstellung recht heterogener Art zu.

Einzelne dieser biologischen Tendenzen brauchen nur eben gerade genannt zu werden: so die alles Lebendige durchsetzende und daher auch noch in der Psychose charakteristisch zur Wirkung kommende Neigung zum rhythmischen Ablauf, zur Periodizität der Funktionsvorgänge, auf die man immer wieder einmal bei den verschiedensten Störungen — nicht etwa bloß den zirkulären, sondern auch schizophrenen, epileptischen, hysterischen u. a. — zu stoßen pflegt.

Sodann: Analog den eben gekennzeichneten psychologisch abgeleiteten Sekundärsymptomen (der halluzinatorische Erklärungswahn usw.) wird man auch physiologisch abgeleitete anzuerkennen haben, und so beispielsweise die Tendenz akuter furibunder — ganz gleich wie bedingter — psychotischer Prozesse, auf physiologischem

Wege psychisch-nervöse Erschöpfungszustände nach sich zu ziehen als biodynamische Tendenz herausheben können. Erscheint auch eine sekundäre Erschöpfungspsychose, wie sie Wernicke etwa im Anschluß an eine verworrene Manie gelten läßt, klinisch nicht genügend gestützt, so wird man doch das Auftreten eines besonderen Nachstadiums emotionell-hyperästhetischer Schwäche im Sinne Bonhöffers bei schweren akuten — katatonen, manischen und anderen — Erregungsphasen sehr wohl aus jener allgemein wirksamen biophysischen Tendenz statt aus der Eigenart der Grundstörung herleiten dürfen.

In einer anderen Ebene des Biophysischen liegen jene als Bahnungs-, Einschleifungs-, Automatisierungstendenzen u. dgl. zu bezeichnenden biologischen Momente, die in vielfältiger Form bei den verschiedensten Psychosen für die klinischen Gestaltungen maßgebend werden. Sie wirken vor allem in der Weise, daß sie die mannigfachsten wie auch immer entstandenen psychotischen Äußerungsweisen, insbesondere auch zunächst zweckvolle oder wenigstens psychologisch motivierte sinnvolle (komplexbedingte, katathyme usw.) dem automatischen Ablauf, der Erstarrung entgegenführen. Dies gilt ebensowohl für gewisse Erstarrungen der Gesten, der Mimik und der Manieren, für gewisse Stereotypien und Automatismen, in denen etwa abgelaufene Schizophrenien ihre anfangs sinnvollen, den Niederschlag von Wünschen, Erlebnissen u. dgl. wiedergebenden Verhaltungsweisen festhalten, wie für gewisse stereotype Entladungsformen, in welchen manche durch mehr oder weniger zufällige Vorfälle in ihrer Richtung bestimmte Triebtendenzen (sexuell perverse, dipsomanische usw.) ihre festgelegte Bahn verfolgen, wie für jene gewohnheitsmäßigen psychotischen Entgleisungen in die gleichen haftpsychotischen Schablonen, mit denen Gewohnheitsverbrecher jede neue Inhaftierung beantworten, wie schließlich für die zahllosen, gleichartig wiederkehrenden Automatismen und sonstigen psychoneurotischen Syndrome (Anfälle bestimmter Formen usw.), die, einmal fixiert, stets in gleicher Weise spontan auftreten bzw. den psychischen Erregungen beinahe automatisch nachfolgen.

In ganz anderer Weise fällt für die klinische Gestaltung jene natürliche allgemein-biologische Tendenz des Organismus ins Gewicht, die Funktionsstörungen mit seinen funktionstüchtig gebliebenen Teilen im Sinne der Selbsterhaltung, der „Selbstheilung" auszugleichen oder wenigstens zu korrigieren. Diese Tendenz macht sich im psychotischen Rahmen vor allem in dem Sinne geltend, daß die natürlichen psychischen Regulativ- und Korrektivkräfte (die auch dem Erkrankten noch mit den erhaltenen intellektuellen, emotionellen und voluntären Funktionsfähigkeiten zur Verfügung stehen), durch ihre hemmende und umgestaltende Gegen-

arbeit, insbesondere auch ihre logische und kritische, die Krankheitssymptome abschwächen und deren dynamische Kraft im psychischen Geschehen vermindern. Ihr Gestaltungseinfluß liegt also hauptsächlich in der Richtung der Korrektur von pathologischen Bewußtseinsinhalten (der Sinnestäuschungen, Wahnideen usw.), aber auch gelegentlich von erstarrten motorischen Syndromen wie Stereotypien und Manieren, in der Zurückrevidierung von Krankheitszeichen überhaupt, sowie der Förderung der Krankheitseinsicht und damit sozusagen in dem psychologischen Krankheitsabbau. — An diese biologische Kompensationstendenz ließe sich dann noch jene dem biologischen Charakter nach ihr analoge, wenn auch psychodynamisch noch voll erfaßbare Neigung zur Überkompensation durch psychische — charakterologische und andere — Überbauten, anschließen, wie sie speziell von ADLER als sichernde Reaktion auf das Bewußtsein eigener psychischer und körperlicher Mängel herausgehoben worden ist. Dagegen läßt sich eine organische vom physischen Apparat ausgehende Ausgleichstendenz in dem Sinne, wie sie bei Funktionsausfällen durch lokalisierte Herdaffektionen im neurologischen Gebiete in Betracht kommt, im Psychosenbereich, und zwar auch bei organischen Prozeßpsychosen, nicht anerkennen.

Als weitaus bedeutsamster biodynamischer Gestaltungsfaktor ist die im Psychosengebiet weitgehend zu beobachtende Tendenz gewisser ins psychische Gesamtsystem eingefügter, aber funktionell gebundener, gehemmter oder regulierter Mechanismen hinzustellen, bei Beeinträchtigung jener höheren psychischen Reguliervorrichtung von sich aus — sei es spontan, sei es reaktiv — in Wirksamkeit zu treten. Diese Aktivierungs- und Mobilisierungstendenz funktionell verankerter psychischer Funktionen sehen wir ebenso gut bei den organischen Psychosen — bei Paralyse, seniler Demenz usw. — im Zusammenhang mit der Destruktion des psychischen Oberbaus, dem organischen Abbau hervortreten, wie etwa bei den schizophrenen Prozeßpsychosen im Gefolge der schizodementiven Schwächung der psychischen Höchstfunktion, wie endlich bei den exquisit funktionellen — psychogenen, hysterischen usw. — Störungen infolge der psychisch bedingten funktionellen Ausschaltung oder wenigstens Störung des höheren psychischen Reguliersystems. Die auf diese Weise frei gewordenen psychischen Funktionsmechanismen geben dann, weil an sich recht verschiedenartiger Natur, die verschiedensten Gestaltungserscheinungen ins klinische Bild ab: einmal ganz elementare, die bis beinahe in die unmittelbare cerebrale Syndromatik hinabgehen; Symptombildungen nach Art von KRAEPELINS encephalopathischen Erscheinungen, die elementarste Funktionstendenzen des psychisch-nervösen Apparates darstellen: so etwa Zähneknirschen, rhythmische Motorik, Haftenbleiben

u. dgl.; weiter dann gewisse psychische Primitivitäten der verschiedensten Art: Stereotypien und Perseverationen, mimetische Syndrome im Sinne primitiver Umsetzungen von Anregungen ins Motorische (Echolalien, Echopraxien usw.), des weiteren sodann primitive Flucht- und Abwehrformen in Gestalt von motorischen Erregungen, von Stuporzuständen und Anfällen, kurz vieles von dem, was KRETSCHMER als hypobulische Erscheinungen herausgehoben hat, aber auch primitive Triebhaftigkeiten, wie triebhaftes Sammeln u. dgl.; und schließlich drittens noch endogen-konstitutive, charakterologische und sonstige persönliche Züge, speziell auch solche psychopathischer Art, wie manische, depressive, paranoide usw. Welche verschiedenartig aussehende syndromale Bildungen durch dieses Frei- und Manifestwerden sonst gebundener Mechanismen ins klinische Bild hineinkommen können, hat REINBOLD kürzlich für ein begrenztes Funktionsgebiet: die Sprache im Rahmen eines organischen Falls[1]) gezeigt. Hier führte der systematisch vor sich gehende Abbau zu einem schichtweisen Durchschlagen primitiver Gebilde derart, daß es zunächst zum primitiven Aggrammatismus, dann zum unartikulierten Sprechen kam und im Verein damit zur Rhythmisierung, zu einer singsangmäßigen Modulierung der einzelnen Takte nach Art der primitiven affektdurchsetzten gedanklichen Äußerungsformen.

Dies wären etwa — aus der klinischen Erfahrung unmittelbar abgeleitet und zunächst freilich noch etwas unsystematisch zusammengestellt — die Hauptgruppen klinischer Gestaltungstendenzen und -formen, auf die sich im großen ganzen alles das am klinischen Bilde der Psychosen zurückführen läßt, was nicht unmittelbar und direkt mit der klinischen Grundstörung selbst und durch diese gegeben ist, vielmehr erst dieser ein- und angegliedert ist. Daneben lassen sich wohl noch vereinzelte andere Gestaltungsmomente finden, die aber übergangen werden dürfen, teils weil sie an sich nicht wesentlich genug sind (so etwa die Tendenz zur Exoprojektion der eigenen inneren Zustände, zu ihrer Objektivierung nach außen hin), teils weil sie nicht für den Gesamtbereich der Psychosen, sondern nur für einzelne Krankheitsformen Geltung haben, so beispielsweise die Suggestiv-, die Fixierungs- und andere speziell im psychogenen Formenkreis wirksame Tendenzen. Eins ist freilich noch hinzuzufügen: Neben diesen ins klinische Bild eingreifenden, an den Krankheitsbestandteilen ansetzenden Gestaltungseinflüssen können auch noch selbständig und isoliert bleibende Einschläge der verschiedensten Art in das psychotische Bild hineinspielen (alkoholische oder psychopathische etwa in ein schizophrenes

[1]) REINBOLD: Über presbyophrene Sprachstörungen. Zeitschr. f. d. ges. Neurol. u. Psychiatr. Bd. 76.

oder organisches) und sie können so, auch ohne daß sie sich mit besonderen Gestaltungstendenzen an der Beeinflussung der Grundstörungen selbst beteiligen, durch ihr bloßes Danebenbestehen dem Bilde einen Sondereinschlag geben. Selbstverständlich kann man bei diesen Mischbildern mit ihren psychopathischen Einschlägen in alkoholische Symptombilder oder den alkoholischen Einschlägen in epileptische oder schizophrene Störungen u. dgl. nicht immer sicher entscheiden, ob hier nicht doch noch von diesen Einschlägen aus auch funktionelle Gestaltungskräfte klinisch wirksam gewesen sind.

Daß durch die genannten vielgestaltigen Tendenzen eine Fülle von Gestaltungsmöglichkeiten und -zusammenhängen für die Klinik gegeben ist, ist leicht zu übersehen. Von jedem einzelnen Funktionsgebiet, somatischen so gut wie psychischen, sensoriellen, intellektuellen so gut wie emotionellen und motorischen kann eine besondere Gestaltungstendenz ausgehen, in jedem Symptomgebiet, dem sensoriellen wie intellektuellen, dem emotionellen wie motorischen, kann sie sich in differenten Sondersyndromen niederschlagen. Es ist ja zur Genüge bekannt, wie beispielsweise eine beliebige Parakinese, etwa die Haltungsanomalie einer starren Unbeweglichkeit, somatopsychisch durch Parästhesien, sensoriell durch imperative Halluzinationen, intellektuell durch Wahnideen, emotionell durch affektive Hemmungseinflüsse und schließlich auch von der Strebungssphäre her durch die instinktive Tendenz zu äußerlicher Absperrung von der Umgebung ihre Sondergestaltung bekommen haben kann, wobei in jedem einzelnen dieser Fälle immer nur die allgemeinen Gestaltungstendenzen, nicht aber eine bestimmte spezielle Grundstörung unmittelbar von sich aus diese syndromale Formgebung herbeiführte. Und wie umgekehrt etwa eine Hyperkinese durch die verschiedensten Tendenzen das Krankheitsbild auf verschiedenste Weise ausgestalten kann, indem sie etwa durch psychische Ablenkungen auf assoziativem Gebiete eine charakteristische Denk- oder Orientierungsstörung nach sich zieht, durch logische Verarbeitung einen entsprechenden Erklärungswahn herbeiführt („werde bewegt, bin eine Maschine"), in der emotionellen Sphäre einen psychomotorisch motivierten Ratlosigkeitsaffekt hervorruft usw. usw., wobei auch hier wieder nur die allgemeinen Gestaltungstendenzen ohne besonderes Eingreifen der spezifischen Grundstörung die verschiedenen Bildgestaltungen von demselben Ursprungssyndrom aus bedingten. Welche Vielseitigkeit der Wirkungsmöglichkeiten gerade auch von der Motorik für die Symptomengestaltung ausgeht, hat besonders Wernicke mit immer neuen Belegstücken dargetan. Diese Beispiele zeigen zugleich auch schon, wie äußerlich gleiche Gestaltungsformen von verschieden gerichteten Ausgangsbildungen und äußerlich verschiedene Gestaltungen von den gleichen Ausgangsgebilden herrühren können. Sie weisen damit zugleich

auf die in jenen Fällen bestehenden Schwierigkeiten hin, vom äußeren Bilde her eindeutig die Gestaltungstendenzen zu erkennen und genetisch zu erfassen. Erforderlich ist dafür des weiteren vor allem noch die Kenntnis von Art und Wirkungsweise der im klinischen Bereich wirksamen gestaltenden Kräfte.

2. Die gestaltenden Kräfte.

Bei der nunmehr zu versuchenden systematischen Zusammenstellung der einzelnen Gestaltungsfaktoren und der sie konstituierenden psychologischen und biologischen Komponenten bietet sich ohne weiteres als Ausgangs- und Mittelpunkt die Persönlichkeit des Krankheitsträgers dar, in deren psychischen und physischen Eigenheiten die angeführten Gestaltungstendenzen, wie schon ein flüchtiger Blick auf deren allgemeinen Charakter lehrt, im wesentlichen wurzeln. Indem wir ohne weiteres das Primat des biologischen Untergrundes der Persönlichkeit anerkennen, ergibt sich uns damit die Konstitution des von der Psychose Befallenen, seine „endokrine Formel" (sofern man darin eine schärfere biologische Formulierung sieht) und speziell die Eigenart der in dieser Konstitution zusammengefaßten Erbanlagen als die erste wesentliche Ursprungs- und Kraftquelle für die in seiner Psychose sich geltend machenden und durchsetzenden Gestaltungseinflüsse. So wird man denn von den Gestaltungstendenzen aus speziell auf jene erbbiologischen Forschungsbestrebungen hingewiesen, die im Anschluß an Rüdin den Anteil der Erbanlagen am Aufbau der Psychose nach Art und Grad festzulegen suchen (Kahn, Hoffmann, Kretschmer). Im wesentlichen sind es bisher freilich nur die pathologischen oder wenigstens die den pathologischen unmittelbar verwandten Erbanlagen gewesen, die in diesem Sinne herausgehoben und klinisch abgewertet wurden. Dabei können aber gewisse normale Konstitutionstypen, so speziell die besonderen sensorischen Veranlagungen, ganz gewiß ebenso gut für gewisse Symptomgestaltungen in Anspruch genommen werden: der von Jaensch kürzlich herausgehobene eidetische Typ beispielsweise, der übrigens noch biologisch fundiert erscheint (tetanoide Veranlagung), für die Bevorzugung visueller Halluzinationen, ähnlich wie für die Akoasmen der Alkoholhalluzinose schon lange ein entsprechender akustischer Typ herangezogen wurde. Bezüglich der von den pathologischen Konstitutionen ausgehenden Gestaltungseinflüsse hat sich die klinische Arbeit bisher im wesentlichen vorwiegend um die schizophrenen Gestaltungserscheinungen in zirkulären Krankheitsbildern und umgekehrt um zirkuläre Gestaltungen bei schizophrenen Krankheitsformen gedreht. Lassen sich auch vorläufig noch recht belangvolle Einwendungen gegen Mittel und Ergebnisse dieser For-

schungsweise erheben: so beispielsweise gegen die viel zu allgemeine Fassung der dem schizophrenen wie zirkulären Formenkreise zugeordneten pathologischen wie normalen Konstitutionen (was zur Folge haben mußte, daß man diese Konstitutionen und ihre „Legierungen" mit Leichtigkeit und fast überall da sah und fand, wo man sie erwartete und zu finden wünschte); so weiter gegen die allzu große Bereitwilligkeit in der Annahme besonderer fremdartiger spezifischer schizophrener oder zirkulärer Symptomeinschläge in der andersartigen Psychose (während diese Einschläge möglicherweise irgendwie allgemein vorgebildet sind, zum mindesten aber ganz unabhängig von einem entsprechenden konstitutionellen Sondereinfluß direkt von den Grundstörungen selbst oder von den durch sie gegebenen Bedingungen hergeleitet werden können); und endlich und nicht zum wenigsten gegen die sehr bedenkliche Aufsplitterung der Krankheitsformen in einzelne syndromale Komplexe, von denen jeder nun einem besonderen erbkonstitutionellen Radikal entsprechen soll; — trotz aller solcher, sage ich, und anderer belangvoller Einwendungen bleibt aber doch ein Rest von Fällen übrig, in welchen die Annahme einer durch konstitutionelle Sondereinflüsse — speziell auch durch Konstitutionslegierungen — bedingten, in Symptomen, Verlauf und selbst im Ausgang charakteristisch gestalteten Psychose: einer Schizophrenie mit zirkulärem Verlaufstyp oder epileptischer Symptomatik, einer zirkulären Psychose mit katatonen Symptomen und ungünstigem Ablauf, einer Epilepsie mit schizophrenen Symptomen usw. vorläufig wenigstens insofern wissenschaftlich halbwegs befriedigend erscheint, als im besonderen eine erbliche Belastung im Sinne der betreffenden, die Sondergestaltung bedingenden Psychose und durch diese eindeutig nachgewiesen ist, und als ganz allgemein eine Frei- und Mobilmachung bestimmter normaler wie pathologischer Dispositionen durch eine andersartige Psychose, sowie ein dadurch bedingter syndromaler Einschlag in diese Psychose, durch gewisse analoge bei den Gestaltungstendenzen angeführte klinische Erscheinungen einigermaßen gestützt wird. So hat man denn auch schon vor der eigentlichen klinischen Konstitutionsforschung die durch eine degenerative Konstitutionskomponente bedingten atypischen und komplizierten Formungen der verschiedenen Psychosen bei den Juden (speziell den Ostjuden) anerkannt, bei denen beispielsweise die zirkulären Erkrankungen vielfach langgestreckte Verlaufsbildungen und durch Mischzustände mit katatonen Einschlägen charakterisierte Symptomgestaltungen darbieten (LANGE).

Wieweit neben solchen atypischen Gestaltungen typischer Krankheitsformen auch gewisse für sie typische Gestaltungserscheinungen auf den determinierenden Einfluß einer besondersartigen Konstitution zurückzuführen sind, muß noch dahingestellt bleiben.

KAHN nimmt für gewisse spezifische Symptome der Schizophrenie im Gegensatz zu den Grundsymptomen des schizophrenen Prozesses die besondere schizoide Konstitution als Symptomenbildner in Anspruch. Ähnlich ist für HOFFMANN[1]) die typische Wahnsystematisierung, die wir aus allgemein menschlichen, logischen und anderen Denkbedürfnissen ableiten, bei der Paranoia „sicherlich" ein Ausfluß einer schizothymen Konstitutionskomponente. Und das Gleiche gilt für ihn bei der Involutionsmelancholie für die charakteristischen syndromalen Züge der agitierten Angst oder der nihilistischen Wahnideen, die uns schon durch den Niederschlag des Involutionsfaktors (s. später) ausreichend erklärt erscheinen.

Eindeutiger und beweiskräftiger läßt sich die endogen-konstitutive Gestaltungskomponente bei den eigentlichen exogenen sowie den grob organischen Psychosen herausholen, nachdem BONHÖFFER durch seine Aufstellung von charakteristischen Hirnschädigungsreaktionsformen, der sogenannten exogenen Prädilektionstypen, die klarere und sicherere Erfassung ihrer Grundstörungen ermöglicht hat. Im Anschluß an diese BONHÖFFERsche Konzeption wurden dann mancherlei endogen konstitutionelle Gestaltungseinflüsse bei den verschiedensten Psychosen: toxischen, infektiösen, arteriosklerotischen, senilen, paralytischen usw., in Form von manischen, depressiven, paranoischen, hysterischen und anderen syndromalen Einschlägen, von periodischen Verlaufsweisen u. ä. von den verschiedensten Autoren (SCHRÖDER, SEELERT, KALB, PERNET u. a.) mit genügendem klinischen Beweismaterial nachgewiesen. Und damit ist dann auch die Rückführung gewisser Spielarten dieser Psychosen, z. B. der expansiven oder depressiven, auf besondere konstitutive Gestaltungseinflüsse ermöglicht worden. Immerhin liegen die Aufbauverhältnisse auch bei diesen Fällen immer noch kompliziert genug, so daß es immer wieder einer besonderen Nachprüfung bedarf, wie weit nicht auch ohne besondersartigen Konstitutionseinschlag die spezifische Grundstörung von sich aus, evtl. noch unter Mitbeteiligung andersartiger Gestaltungseinflüsse solche Spielarten erwirken kann.

Den von der Erbkonstitution ausgehenden Gestaltungskräften reihen sich zwanglos jene anderen gleichfalls biologisch (und wahrscheinlich auch endokrinologisch) festgelegten an, die durch die besonderen Konstitutionsformungen und -änderungen von Alter, Geschlecht und Rassetyp her gegeben und im übrigen trotz mancher scheinbar weitgehender psychologischer wie physiologischer Erkenntnisse noch lange nicht so weit erfaßt sind, um etwa durchgängig bestimmte psychische

[1]) HOFFMANN: Studien zum psychiatrischen Konstitutionsproblem. Zeitschr. f. d. ges. Neurol. u. Psychiatr., Bd. 74.

oder physische Teilkomponenten des Alters- oder Geschlechtstyps, insbesondere ihre (vor allem wohl endokrin bedingten) spezifischen Emotivitätsfaktoren, zu bestimmten Teilkomponenten, bestimmten Gestaltungen des klinischen Bildes in feste innere Beziehung zu setzen. Diese überraschende Rückständigkeit kommt denn auch charakteristisch genug bei der Festlegung der Gestaltungseinflüsse von seiten der Altersstufen zum Ausdruck, wiewohl doch gerade ihnen ein so entscheidender Einfluß auf den Aufbau der Psychosen zuerkannt wird, daß man sich auch heute noch nicht von der Annahme aufs engste an sie gebundener spezifischer Geistesstörungen loszumachen vermag. So kann man über die pathoplastischen Einflüsse des kindlich-jugendlichen Lebensalters im Grunde nur sagen, daß sie in gewissem negativem Sinne wirksam sind. Die mangelnde Prägung der psychischen Eigenart, der charakterologischen Dispositionen, der geringe Umfang des geistigen Besitzstandes und dergleichen natürliche Mängel, kurz und gut die ganze primitive Struktur der Persönlichkeit macht sich bei den inhaltlichen Ausgestaltungen, bei den persönlichen Verarbeitungen in entsprechenden Unzulänglichkeiten des klinischen Bildes, so beispielsweise in einer höchst dürftigen Wahnsymptomatik geltend. Alle diese Mängel begünstigen speziell beim Kinde ganz allgemein eine primitive Symptomatik, in der dann undifferenzierte, gewissermaßen noch ungeformte Syndrome von gewisser Flüchtigkeit: ungeordnete motorische Erscheinungen wie Jaktationen, allgemeine Bewegungsunruhe oder primitive gedankliche Assoziationen in bildhafter Form (delirante Syndrome), emotionelle Triebhaftigkeiten u. dgl. bevorzugt sind. Und sie ergeben damit blande, durch eine gewisse syndromale Monotonie ausgezeichnete Krankheitsbilder, in deren Symptomatik speziell bei den organischen Psychosen die elementaren, grob cerebral bedingten Krankheitsseiten vorherrschen. (Vgl. Toni Schmidts juvenile Paralysen.)

Speziell von der Pathoplastik der so überaus vielseitig studierten biologischen Krise der Pubertätsjahre läßt sich im Grunde nicht viel mehr angeben, als daß die unregulierte stark hervortretende Emotionalität und das erwachende Triebleben zu entsprechenden unregulierten Entladungen und Ausdrucksformen im Rahmen der verschiedensten klinischen Bilder führt, daß gesteigerter Selbstgeltungsdrang und Phantasiebedürfnis im Verein mit einer gewissen Denkregulationsschwäche wahnhafte Gebilde von Größencharakter bevorzugen läßt (und zwar bei Psychopathien so gut wie bei Schizophrenien und anderen Psychosen), sowie daß das Bewußtsein der eigenen Geschlechtlichkeit in Verbindung mit onanistischen Schuld- und Insuffizienzgefühlen gegenüber der Umwelt zur onanistisch-hypochondrischen Färbung der verschiedensten klinischen Bilder dieser Altersstufe — sowohl der hebephrenen wie der depressiv-neurasthenischen wie auch der psycho-

pathischen usw. — führt. Dagegen ist uns noch völlig unbekannt, ob etwa ein spezifischer psychophysiologischer Faktor, wie die juvenile Schwäche der seelischen Synthese, die läppische Zerfahrenheit oder ob ein spezifischer biologisch-organischer, wie die cerebrale Resistenzschwäche der Pubertät, die stärkere Verblödungsneigung dieses Lebensalters bestimmt.

Auch für die Altersphase der Reife beschränkt sich die Feststellung der Gestaltungseinflüsse auf ganz wenige Punkte, und zwar vorwiegend etwa darauf, daß die dieser Lebenszeit eigene Festigkeit der Persönlichkeit mit der ihr entsprechenden Neigung zu bestimmt festgelegter aktiver persönlicher Stellungnahme zur Umwelt bei gleichzeitiger Höchstausbildung der intellektuellen Funktionen zur Vorherrschaft paranoischer Bildungen im Rahmen der verschiedensten Psychosen und innerhalb derselben zu besonders weit durchgeführten und kraftvoll festgehaltenen intellektuellen Ausarbeitungen, zu fixierten Systembildungen führt. Für den involutiven Alterstyp endlich erscheint die herabgesetzte Aktivität der psychischen Funktionen sowie die Selbstempfindung der einsetzenden seelischen und körperlichen Insuffizienz als Gestaltungsfaktor für depressive und hypochondrische Syndrome, zumal solche mit dem Einschlag von Angst und ängstlicher Rat- und Hilflosigkeit wirksam. Für einen ausgeprägten Angsteinschlag wird man allerdings wohl nicht sowohl ein psychisch-involutives Moment als ein physisches: die regressive Hirnveränderung selbst in Anspruch nehmen müssen. Weiter ist das Bewußtsein der eigenen involutiv bedingten Selbstentwertung (speziell auch in sexueller Hinsicht) als maßgebend für gewisse Wahnbildungen im Sinne mißtrauischer Beeinträchtigung und im Sinne der Eifersucht heranzuziehen. Sodann kommen wohl noch gewisse biologische Minderwertigkeiten dieser regressiven Lebenssphase speziell im negativen Sinne formend in Betracht. So darf wohl noch die allgemeine Minderung der Funktionsenergie als bestimmend für die Altersabschwächung gewisser funktioneller, speziell konstitutionell psychopathischer Symptome und schließlich die organische Altersschädigung des Gehirns als ausschlaggebend für die Verlaufsverschleppung an sich rückbildungsfähiger Psychosen, etwa gewisser melancholischer, sowie auch für die Verflachung ihrer emotionellen Syndrome herangezogen werden.

Nicht viel weiter führen uns die biologischen und psychologischen Gestaltungskomponenten, die vom weiblichen Geschlechtstypus ausgehen. Sie sind im wesentlichen schon erschöpft, wenn man des vorherrschenden Emotionslebens und der Schwäche der emotionellen Selbstregulierung in ihrer Bedeutung für die reichlichen emotionellen Einschläge im Symptomenbild, speziell auch für die starken und häufi-

gen Erregungen und für die unbeherrschten pathologischen Ausdrucksäußerungen bei den verschiedensten Psychosen gedacht, das Übergewicht des sexuellen Moments im weiblichen Seelen- und Körperleben, sowie die von ihm ausgehenden erotischen Wunschmomente in ihrem Einfluß auf die Ausgestaltung von Wahn- und Halluzinationsinhalten, zumal in gewissen kritischen Lebensphasen (Klimakterium), gewürdigt und schließlich auch den vom Menstruum ausgehenden Gestaltungseinschlag: die Verlaufskurve bestimmende menstruelle Erregungen bei den verschiedensten Psychosen — in Anschlag gebracht hat.

Immerhin: Trotz aller dieser mehr als unzulänglichen Einblicke in die Zusammenhänge der klinischen Gestaltung mit diesen natürlichen biologischen Faktoren läßt sich doch nicht verkennen, daß von ihnen jedenfalls mehr oder weniger charakteristische Formungen der Symptombilder gegeben sind, die bei einzelnen Krankheitsgruppen nach Art und Umfang genügend prägnant und weitgehend sein können, um die Aufstellung besonderer pathoplastisch bedingter Spielarten zu rechtfertigen. In dieser Hinsicht wäre beispielsweise gewisser paranoischer Spätformen der Schizophrenie sowie der involutiven Angstformen der Melancholie zu gedenken.

Bezüglich der Gestaltungseinflüsse, die von den biologischen Sonderformen des Rassentypus ausgehen, reichen unsere Kenntnisse zu einem abschließenden oder auch nur überblickenden Urteil überhaupt nicht aus, daher auch gewisse Spezialerfahrungen, wie etwa über die Bevorzugung manischer Zustandsbilder durch melanochrome Rassen (Lange), überhaupt noch nicht für die klinischen Gestaltungsfragen irgendwie brauchbar verwertet oder gar richtig eingeordnet werden können. So ist denn auch der Einfluß der — immerhin doch wohl biologisch vorauszusetzenden — verschiedenen cerebralen Resistenz der verschiedenen Rassen auf Gestaltung, Ablaufsform und Ausgang der Psychosen noch ganz im Dunkeln. Vor allem wird man wohl auch erwarten dürfen, daß die verschiedenen psychischen Entwicklungsstufen der niederen und Kulturrassen mit ihren charakteristischen Unterschieden in der Ausbildung des psychischen Oberbaus, der seelischen Regulations- und Hemmungsvorrichtungen und der höheren Denk- und Willensfunktionen in entsprechenden Differenzen der positiven Gestaltungserscheinungen (etwa in der Bevorzugung des bildhaften Aneinanderreihens, der deliranten Syndrome, bei primitiven, der begrifflichen Denkweisen, der systematisierend paranoischen Syndrome bei den Kulturvölkern) sich kundgeben, des weiteren aber auch in gewissen negativen Krankheitszeichen, einer Art psychischer Ausfallserscheinungen, bei den einen im Gegensatz zu den andern irgendwie zum Ausdruck kommen werden. Kraepelins Beobachtungen über die Sonder-

züge in den Psychosen der javanischen Eingeborenen lassen sich damit halbwegs in Einklang bringen, insofern sie speziell auf gewisse, durch Wegfall bestimmter Gestaltungseinflüsse bedingte negative Syndrome hinweisen: So das Fehlen von Versündigungsideen als Folge des Fehlens gewisser höherwertiger, insbesondere ethischer und religiöser psychodynamischer Faktoren; so das Zurücktreten der schizophrenen Gehörshalluzinationen als Ausdruck der geringeren Bedeutung der Sprache für das Denken; so endlich die Spärlichkeit und Dürftigkeit der Wahnbildungen als Folge des fehlenden Bedürfnisses nach geistiger Verarbeitung. Wie sich umgekehrt bei einer Kulturrasse psychische Eigenheiten im klinischen Bilde gestaltend in positivem wie negativem Sinne niederschlagen können, hat LANGE[1]) unlängst für die manisch-depressiven Psychosen der Juden nachzuweisen gesucht. Er leitet fast alle Sonderzüge des klinischen Bildes aus entsprechenden psychischen Rasseneigentümlichkeiten ab: den ausgesprochen hypochondrischen Einschlag aus ihrer ängstlichen Besorgtheit um die Gesundheit, das Vorherrschen von Verarmungsideen aus der geistigen Einstellung aufs Materielle, die stark querulatorischen Züge aus ihrer Neigung zu kritischer Stellungnahme, die Eintönigkeit des Krankheitsbildes aus dem Phantasiemangel, die übertriebenen Ausdrucksformen und die häufigen Erregungen aus ihrer besonderen Agilität usw.

An allen den verschiedenen Gestaltungstendenzen, die den einzelnen — sei es individuell, sei es alters-, geschlechts- oder rassemäßig bestimmten — biologischen Konstitutionsformen entstammen, ist, wie ohne weiteres zu ersehen, vor allem jener Komplex psychischer Eigenschaften entscheidend beteiligt, der im Charakter zusammengefaßt wird. Der Gestaltungseinfluß des Charakters (der ja schon durch seine Hauptgrundlagen: Temperament und Affektivität auf einen letzten Endes biologisch-konstitutiven, insbesondere endokrinen Untergrund hinweist) auf das klinische Bild gehört mit zum ältesten Inventar der psychiatrischen Zusammenhangslehre, und in der Tat haben ja viele der oben angeführten psychodynamischen Gestaltungskräfte — so die egozentrischen, katathymen, kognitiven Denktendenzen und -bedürfnisse und anderes mehr im Grunde ihre Hauptwurzel in bestimmten psychischen, zumal emotionellen und Strebungskomponenten der Persönlichkeit. Nimmt man nun noch die grundsätzliche Erkenntnis hinzu, daß das Psychotische sich schließlich im Rahmen, im psychischen Funktionsbereich der befallenen Persönlichkeit abspielt und in ihm abläuft, und von deren Reaktionstendenzen aufgenommen und weitergeführt wird, so wird man a priori in mannigfaltiger Beziehung mit einem maßgebenden Einfluß derselben auf die Formung des klinischen Bildes

[1]) LANGE: Über manisch-depressives Irresein der Juden. Münch. med. Wochenschr. 1921.

rechnen müssen. Immerhin hat sich erst in neuerer Zeit mit der schärferen Klärung und Prägung der charakterologisch-psychologischen Begriffe und der schärferen klinischen Fassung und Unterscheidung von syndromalen und nosologischen Eigenheiten diese Abhängigkeit klinischer Gestaltungen von charakterologischen Faktoren schärfer herausarbeiten lassen, so daß man gewisse charakterologische Züge und persönliche Dispositionen wie etwa hypochondrische, paranoid-querulatorische oder pseudologisch-phantastische usw. in ihren klinischen Niederschlägen in entsprechenden wahnhaften Vorstellungskreisen so ziemlich durch das klinische System hindurch (von den degenerativen und psychogenen Störungen angefangen über die schizophrenen Prozeßpsychosen hinweg bis hin zu den senilen und paralytischen) verfolgen konnte. Bezeichnend genug sind in dieser Hinsicht Fälle von der Art des MAIERschen[1]), wo die Neigung eines moralisch defekten Degenerierten zu bewußten Schwindeleien sich in der Paralyse in Wahnideen von pseudologischem Charakter niederschlug. Auch die feinere psychologische Herausarbeitung dieser Zusammenhänge, wie sie KRETSCHMER in seinem sensitiven Beziehungswahn, des weiteren auch KEHRER u. a. versucht haben, liefert, zumal an der Hand der herangezogenen Krankheitsfälle, den Beweis, daß dieser Gestaltungseinfluß des Charakters sich nicht allein auf die paranoischen Entwicklungen beschränkt, sondern auch auf die zirkulären, auf die prozeßpsychotischen und selbst auf die organisch-paralytischen Erkrankungen übergreifen kann und daß daher die EWALDsche Feststellung: „Soviel Charaktereigentümlichkeiten, soviel Nuançierungen in der manisch-melancholischen Psychose", wenn auch nur cum grano salis (und sehr cum grano salis) auf die heterogensten Psychosen ausgedehnt werden kann. Selbstverständlich bedürfen alle — gröberen wie feineren — Einzelheiten auf diesem heiklen Gebiete noch sorgfältigster Nachprüfung an klinischem Material, will man nicht, wenn auch innerhalb eines höheren Niveaus, wieder in die Übertreibungen jener früheren Epoche hineingeraten, die in den psychotischen Symptomen überhaupt nur Verstärkungen und Verzerrungen charakterologischer Züge sah. Dies gilt etwa auch von jener an sich naheliegenden Annahme, daß die besondere charakterologische Eigenheit einer psychischen Retentions- oder Entladungstendenz im Sinne KRETSCHMERS sich bei den verschiedensten Krankheitstypen im Krankheitsbild in syndromalen Besonderheiten vom Charakter des sensitiv paranoiden oder expansiv erregten niederschlägt.

Von sonstigen psychischen Eigenheiten der Persönlichkeit grundsätzlicher Art ist ähnlich, wie es bei der Rasseneigenart geschah und aus demselben Grunde: wegen des bedeutsamen Einflusses, den gerade der

---

[1]) MAIER: Über katathyme Wahnbildung und Paranoia. Zeitschr. f. d. ges. Neurol. u. Psychiatr. Bd. 13.

psychische Oberbau, d. h. die höheren Funktionskomponenten der Persönlichkeit mit ihren komplizierten Funktionsverknüpfungen intellektueller und affektiver Elemente auf die Gestaltung des klinischen Bildes ausübt — auch das psychische Niveau der Persönlichkeit, ihre primitiv-undifferenzierte oder hochentwickelte Struktur als formender Faktor heranzuziehen. Aus diesen Beziehungen erklärt es sich, daß die Wahnbildung ceteris paribus, d.h. bei sonst gleichartiger Krankheitsform beim geistig debilen Krankheitsträger jener Wohlmotiviertheit, jenes logischen Zusammenhanges, jener Geschlossenheit und jenes einheitlichen Aufbaues ermangelt, die ihr von der intellektuell vollwertigen Persönlichkeit erteilt werden. Oder daß ein überwertiger Vorstellungskomplex bei einer affektiv torpiden, seelisch indolenten Persönlichkeit nicht jene weitreichende und nachhaltige symptombildende Kraft entfaltet wie bei einer affektiv vollwertigen Natur; oder daß ein einsetzender Demenzprozeß bei einer hochdifferenzierten Persönlichkeit immer noch einen größeren Reichtum an geistigen Elementen im klinischen Bilde zurückläßt und damit ein vielgestaltigeres Verblödungsbild „erzeugt" als bei einer undifferenzierten. Daraus erklärt es sich auch umgekehrt, daß katathyme Wahntendenzen, wunschgemäße Größenideen im Rahmen verschiedener Psychosen bei primitiver Geistesartung eher auftreten als bei hochentwickelter, und daß überhaupt bei ersterer in gewissem Umfang eher mit solchen mehr als primitive anzusprechenden Symptomenbildungen (primitive motorische Entladungen u. dgl.) zu rechnen ist. In diesen Zusammenhang gehört dann auch die umgekehrte Erfahrungstatsache, daß es zu einem unglaublich reichen psychotischen Erleben, d. h. also zu einer entsprechend reichhaltigen Symptomengestaltung, in akuten, zumal schizophrenen Krankheitsepisoden besonders dann kommt, wenn eine hochdifferenzierte Persönlichkeit in die Psychose hineinspielt, und daß durch dieses Einsetzen einer hochentwickelten Natur in die Krankheit und durch ihre Stellungnahme zum psychotischen Erlebnis die psychotische Phase geradezu einen eigentümlichen kulturellen Wertcharakter, etwa im Sinne einer seelischen Krise, einer religiösen Konversion u. dgl. bekommen kann. Es sei hier nur an STRINDBERGS schizophrene Psychose erinnert, die ein bedeutsames Glied in seiner psychischen Gesamtentwicklung darstellt[1]). Mit solchen von hochentwickelter Persönlichkeitsstruktur ausgehenden Gestaltungseinflüssen steht schließlich auch die GAUPPsche Feststellung im Einklang, wonach speziell die oberen Stände mit ihrem reichen Seelenleben an den ganz unklaren, überraschend verlaufenden Krankheitsfällen mit bunterer Symptomatologie besonders stark beteiligt sind. Umgekehrt dürfen wir wohl erwarten — wenn auch natürlich

[1]) Vgl. dazu die schöne Persönlichkeitsanalyse Strindbergs von STORCH (München 1921).

nur in einem gewissen beschränkten, von der Krankheitsform abhängigen Umfange —, daß an jenen Krankheitsfällen, die die Grundstruktur der Psychose verhältnismäßig rein und mit nur geringen pathoplastischen Einschlägen wiedergeben, u. a. am ehesten die primitiv angelegten Naturen Anteil haben werden.

Die körperlichen Komponenten des Trägers der Psychose sehen wir, soweit sie überhaupt für die Krankheit ins Gewicht fallen, vorwiegend direkt an der Grundstörung selbst beteiligt (so etwa die endokrinen), so daß ihr bloßer Einfluß auf die Gestaltung demgegenüber weitgehend zurücktritt. Belanglos ist er freilich auch in dieser Hinsicht nicht, und so sei zur Charakterisierung dieser Zusammenhänge noch einmal daran erinnert, daß Erkrankungen der Sinnesorgane bestimmende Reizfaktoren teils allgemeiner, teils elektiver Art für halluzinatorische Syndrome abgeben; (so konnte DE MOUCHY Gehörshalluzinationen bei cerebraler Arteriosclerose auf Schwerhörigkeit zurückführen, während er die Gesichtstäuschungen bei dieser Krankheit vom Alkoholmißbrauch bestimmt fand). Sodann, daß von gewissen Organerkrankungen — so von der Herzinsuffizienz bei Trinkern, Epileptikern oder Hirnarteriosclerotikern — emotionelle Gestaltungstendenzen im Sinne der Angst ausgehen; (ein WERNICKEscher Fall hatte sogar eine an diesen Zusammenhang gebundene Verlaufsweise, ein anderer bot ähnliche, von vasomotorisch-klimakterischen körperlichen Störungen herrührende Angsterscheinungen). Auch die Verlaufsverschleppungen melancholischer und anderer funktioneller Psychosen durch arteriosclerotische und dergleichen Allgemeinerkrankungen des höheren Lebensalters, die Protrahierung deliranter Alkoholpsychosen durch körperliche Decrepidität, die Prolongierung der dipsomanischen Phasen durch den sekundären Alkoholmißbrauch wären hier zu nennen, sowie auch die psychischen Zustandsänderungen bei schizophrenen und anderen Prozeßpsychosen (speziell die Verlaufsänderungen im Sinne der Remission), für die interkurrente körperliche Krankheiten, insbesondere infektiöse, als pathoplastische Kräfte wirksam sind. Im Sinne eines vom Körperlichen ausgehenden Gestaltungseinflusses dürfen schließlich auch wohl ganz allgemein jene häufigen psychotischen Einschläge ins klinische Bild bewertet werden, die von den durch chronischen Alkoholmißbrauch erzeugten Stoffwechselgiften herrühren; d. h. also beispielsweise die im Rahmen der verschiedensten Psychosen erfolgende alkoholische Ausgestaltung der Halluzinationen (Tiervisionen im epileptischen Delir) oder die Steigerungen und Nachlässe der Sinnestäuschungen im Zusammenhang mit dem Alkoholkonsum, wie man sie bei schizophrenen und anderen Psychosen beobachten kann.

In der Hauptsache ist es freilich nicht sowohl die somatische Affektion als solche in ihrer physischen Eigenheit, sondern ihre Repräsen-

tation im Psychischen, die als charakteristischer Gestaltungsfaktor wirkt. Hier ist in erster Linie ganz allgemein neben anderen im Körperlichen wurzelnden Regungen des grundlegenden biologischen Faktors der Sexualität zu gedenken, der zwar in denkbar vielseitigsten Ausstrahlungen auch von seiner somatischen Komponente her im Psychotischen sich auswirkt, vor allem aber doch mit seinem enormen Anteil an den Vorstellungen, Gefühlen, Wünschen, Neigungen, Strebungen und sonstigen Seiten des psychischen Lebens in den psychotischen Bildungen sich niederschlägt. Am prägnantesten kommt im übrigen der formende Einfluß psychischer Repräsentationen von körperlichen Erscheinungen zum Ausdruck in dem verbreiteten Syndrombilde der Hypochondria cum materia, das selbstverständlich nicht an die konstitutionellen Psychopathien gebunden ist, sondern ebenso gut bei den verschiedensten anderen Psychosen auftreten kann, und dem hinsichtlich der somatischen Gestaltungskomponente wohl einige hypochondrische Spielformen organischer Psychosen, der Paralyse, der präsenilen Geistesstörung, der senilen Demenz usw., nahegestellt werden können. Bedeutsam äußert sich des weiteren dieser somatopsychische Gestaltungseinfluß noch nach der Richtung, daß die von organisch-körperlichen Veränderungen ausgehenden Mißempfindungen — sensible Reizerscheinungen, Parästhesien u. dgl. bei toxischen, schizophrenen, organischen und anderen Psychosen — das Material für entsprechende illusionäre sowie Wahnsymptome abgeben (Seelert bezüglich der paranoiden Psychosen des Seniums, Bleuler und Repond bezüglich der toxischen Psychosen). Wernickes Fall eines von einer Hemiplegie abgeleiteten Verfolgungswahns kann hier noch als konkretes Beispiel hinzugefügt werden. Auch so manche an klimakterielle und sonstige Veränderungen der Zeugungsorgane (Kastration) sich knüpfende und von der dadurch bedingten Einbuße des sexuellen Eigenwertes inhaltlich bestimmte Eifersuchtswahnbildungen gehören ebenso wie die von der organischen Schwerhörigkeit ausgehenden mißtrauischen Eigenbeziehungsideen in diesen Formenkreis. Überhaupt darf die Selbstempfindung von eigenen körperlichen Besonderheiten, vor allem natürlich von Mängeln und krankhaften Veränderungen, eine weitgehende klinische Gestaltungskraft für sich in Anspruch nehmen. Dafür sprechen schon auf der einen Seite — für den Bereich der organischen Psychosen — die bei der Alsheimerschen Krankheit im Gefolge der Selbstwahrnehmung der organischen Funktionsmängel auftretenden affektiv bedingten schweren Funktionsversagungen im Bewegungs-, Sprachgebiet usw. (Sterz), dafür geben auf der anderen Seite — bei den funktionell-nervösen Störungen — die aus dem Bewußtsein eigener körperlicher Defekte hervorgegangenen psychischen Kompensations- und Sicherungssyndrome Adlers die Belege ab.

Unter den von außen her einwirkenden Gestaltungskräften sind in erster Linie die affektbetonten Erlebnisse zu nennen, deren psychische Repräsentationen sowohl in Form der das Bewußtsein beherrschenden überwertigen Ideen als in Form der vom Bewußtsein abgedrängten „verdrängten" Komplexe eine starke psychodynamische symptombildende und -gestaltende Kraft entfalten. Wenn man von der schon erwähnten Selbstverständlichkeit ihres ausgeprägten inhaltgebenden Einflusses auf die Symptome absieht, so sind es ganz grob vorzugsweise zwei Formen, in denen sie sich niederschlagen, gleichviel in welchem klinischen Formenkreis sie zur Geltung kommen: einmal in den von den überwertigen Erlebnisprojektionen ausgehenden paranoischen Bildungen, deren Kenntnis wir WERNICKE verdanken, zum anderen in den von den Komplexen ausgehenden symbolischen Umsetzungen und sonstigen Einkleidungen, deren Zusammenhänge FREUD vermittelt hat.

Ein Eingehen auf die von Milieu, Situation, äußerer Konstellation und ähnlichen äußeren Momenten abgehenden Gestaltungskräfte, die gleichfalls vorwiegend im Sinne der Inhaltgebung der psychotischen Syndrome wirksam sind, erübrigt sich um so mehr, als gerade diese Zusammenhänge: Situations- und Milieugestaltungen von klinischen Bildern, speziell von den Haftpsychosen her: charakteristische Haftfärbung der verschiedensten (halluzinatorischen, deliranten, paranoischen usw.) Syndrome bei den verschiedensten Störungen durch den Haftkomplex — wohl am besten bekannt sind. — Die aus Kultur-, Zeitfaktoren u. dgl. sich ergebenden Gestaltungseinflüsse endlich lassen sich vorläufig noch nicht über Selbstverständlichkeiten hinausführen und insbesondere Kulturgestaltungen typischer Psychosen nicht aufstellen, so wenig auch der Einfluß von Zeitanschauungen, kulturellen Denkgewohnheiten u. dgl. auf das geistige Leben auch psychisch Erkrankter abgestritten werden kann.

3. Die Gestaltungsvorgänge innerhalb der klinischen Zusammenhänge.

Nach diesem Überblick auch über die formenden Kräfte im klinischen Bilde sind wir nunmehr halbwegs in die Lage versetzt, die Gestaltungsmomente in ihrer allgemeinen Bedeutung für die klinischen Erscheinungen zu erfassen. Am leichtesten gelingt dies, soweit das äußere Bild in Betracht kommt.

Versucht man zunächst zur besseren Übersicht die aus den verschiedenen pathoplastischen Tendenzen sich ergebenden allgemeinen Gestaltungsformen zu großen Gruppen zusammenzuordnen, so wird man vielleicht — in Anlehnung an spätere Erörterungen — die aus der Tendenz zu inhaltlicher Determinierung der Symptome hervorgehenden klinischen

Gebilde als Ausgestaltungen, die durch die Tendenz zur Verarbeitung, zur Weiterführung u. dgl. erzeugten als Ableitungen, und schließlich die durch jene Ausschaltungstendenzen freigewordenen, auf dem klinischen Untergrund der Grundstörung sich aufbauenden als Aufpflanzungen zusammenfassen können, wozu dann noch die schon genannten, dem Krankheitsbilde an sich fremden, selbständigen Einschläge kämen. Ein kurzer Rückblick auf die mit diesen Gestaltungsgruppen gegebenen Zusammenhänge läßt nun unschwer erkennen, daß die Ausgestaltungen im wesentlichen für die Modellierung, die Formung des Symptombildes ins Gewicht fallen, indem sie die symptomatologischen Details schaffen, und dem klinischen Bilde (das durch die pathogene Noxe nur in den allgemeinsten Umrissen — in elementaren Grundformen im Sinne von Reiz-, Erregungs-, Hemmungs-, Lähmungserscheinungen u. dgl. — festgelegt ist) erst die nötige konkrete und individuelle Gestalt geben. Das meiste von dem, was an dem äußeren Symptomenbild in nach Fall und Spielart wechselnder Vielgestaltigkeit und Fülle hervortritt, insbesondere die Besonderheiten der pathologischen Bewußtseinsinhalte (im Gegensatz zu den von den Grundstörungen herrührenden Besonderheiten der Bewußtseinstätigkeit) ist auf Rechnung dieser Ausgestaltungen zu setzen. Die Ableitungen sehen wir im wesentlichen für die Formung der Verlaufserscheinung wirksam, zu der sie durch Angliederung neuer Symptome, durch Ausbreitung der Krankheitserscheinungen, durch Erweiterung und evtl. auch Umformung der bestehenden Bilder im Sinne fortschreitender oder rückschreitender Veränderungen beitragen. So manches an den Verlaufseigenheiten also, was in naheliegender Überschätzung ihrer Abhängigkeit von den Grundstörungen den diesen eigenen Gesetzmäßigkeiten zugeschrieben wird, ist nicht ursprünglicher Eigenwuchs der Störung, sondern erst sekundäres Phänomen, Ergebnis jener Ableitungen, Weiterführungen und Verarbeitungen. Die Aufpflanzungen endlich — und ähnliches gilt im gewissen Umfange auch für die Einschläge — haben nicht einfach für das bloße äußere Bild, sondern vor allem für die innere Struktur der Krankheitsfälle Bedeutung, indem sie speziell die Zusammenordnung ganz verschiedenartiger klinischer Elemente im Krankheitsrahmen herbeiführen und den durch die Grundstörung unmittelbar gegebenen Krankheitsbestandteilen andersartige — funktionelle den organischen, psychogene den schizophrenen usw. — zuführen. Freilich werden auch sonst schon, durch die bloße Wirksamkeit der untereinander so verschiedenartigen — teils normalen, teils pathologischen, teils psychodynamischen, teils biodynamischen — Gestaltungsmechanismen Elemente von verschiedenstem Charakter im klinischen Bilde zu einer Einheit zusammengebracht.

Um in die inneren Beziehungen zwischen Gestaltungstendenzen

und klinischen Erscheinungen noch weiter einzudringen, ist es nötig, vor allem jene Tatsache an die Spitze zu stellen, die allenthalben bei unserer Betrachtung hervortrat: daß es sich bei jenen Gestaltungsformen nicht wie bei den Grundstörungen um Erscheinungen handelt, die durch einen bestimmten besonderen Krankheitsprozeß bedingt und daher an ihn allein gebunden sind, als vielmehr um solche, die im ganzen klinischen Formengebiete im Rahmen der verschiedensten Psychosen Geltung haben. Sie sind, um einen KRETSCHMERschen Ausdruck zu gebrauchen, als klinische Radikale anzusprechen, d. h. als zusammengesetzte psychische Funktionsformen, die im wesentlichen unverändert in die verschiedenen Psychosen eingehen. Damit nähern wir uns im gewissen Sinne jenen von HOCHE herausgehobenen Symptomenverkuppelungen, freilich von einer anderen Richtung her und mit ganz anderen Zielen. Während HOCHE in Resignation bezüglich der Möglichkeit der Erfassung echter klinischer Krankheitsformen in jenen Gebilden die letzten der psychiatrischen Forschung zugänglichen klinischen Einheiten sah und anerkannte, bedeuten sie für uns nur besondersartige Teilbestandteile jener höheren Einheiten der Krankheitsentitäten, denen wir nachgehen, weil wir von ihnen aus leichter zur inneren Struktur der Krankheitsformen und damit sicherer zur Erfassung reiner Typen zu gelangen hoffen.

Vom klinischen Gesichtspunkt drängt sich uns natürlich sogleich die Frage auf, woher diese klinischen Radikale, die ja nicht auf die Grundstörungen zurückzuführen sind (wenn diese auch vielfach die Bedingungen für ihr Auftreten schaffen), denn eigentlich stammen. Nun, ein Teil von ihnen — und zwar ein unverkennbar umfangreicher und wesentlicher — ist ohne weiteres genetisch durchsichtig: er ist von natürlichen biologischen Tendenzen (nach Art der Periodizitätstendenz) oder von normalpsychologischen Mechanismen (nach Art der logischen, kognitiven usw.) herbeigeführt und damit mit der allgemein-menschlichen biopsychischen Organisation ohne weiteres gegeben. Schwieriger steht es mit der Herleitung jener anderen, als mehr oder weniger pathologisch anmutenden Gestaltungsphänomene von der Art der früher angeführten motorischen Erscheinungen (der Echosymptome, der Stereotypien, der negativistischen Willensstörungen usw.). Sie genetisch einheitlich aufzufassen liegt nahe, denn wie sollten sonst die gleichen Erscheinungen bei den verschiedenen Psychosen in analoger Weise wiederkehren können? Sie werden im allgemeinen entsprechend der gegenwärtig vorherrschenden biologischen Einstellung in der Psychiatrie entwicklungsgeschichtlich gedeutet und im wesentlichen als funktionelle Residuen früherer — individual-, vor allem aber stammesgeschichtlicher — Entwicklungsstufen aufgefaßt: als „primitive", „atavistische", „archaische", „infantile" u. dgl. Denk-, Fühls- und Willens-

phänomene (Kraepelin, Kretschmers Hyponoik, Hypobulik usw.), die mit in die psychophysische Organisation eingegangen sind und in ihr funktionell verankert liegen. Diese „phylogenetische" Auffassung der sonst kaum eindeutig und einheitlich erklärbaren Gestaltungserscheinungen und -mechanismen erscheint durch mancherlei naheliegende Analogien mit bestimmten psychischen Äußerungsweisen des Kindes und der Naturvölker immerhin beachtlich gestützt, wenn auch die volle und restlose funktionelle Eingliederung von phylogenetisch gegebenen Funktionsmechanismen in den Lauf des psychotischen Geschehens vorerst nicht ohne Heranziehung von mancherlei Hypothetischem möglich ist. Immerhin wird man wohl, ohne den Tatsachen weitgehenden Zwang anzutun, annehmen können, daß diese Dispositionen aus einer früheren Entwicklungsstufe in der psychischen Organisation im allgemeinen bereitliegen, und zwar unter Durchschnittsverhältnissen in funktioneller Latenz und Gebundenheit, um erst unter den besonderen Bedingungen, die durch die psychischen Störungen geschaffen werden, aktuell und wirksam zu werden.

Alles in allem hat man es also bei den Gestaltungsformen im wesentlichen mit vorgebildeten — und zwar in der Person des Krankheitsträgers vorgebildeten — „endogen präformierten" Erscheinungen zu tun, und dies erklärt zum Teil wenigstens, warum nicht nur die Grundstrukturen, die Stammgebilde der Psychosen, sondern auch die Gestaltungserscheinungen ihrer äußeren Bilder trotz verschiedenster äußerer Einflüsse doch mannigfach übereinstimmen. Hierbei werden wir zugleich noch einmal von einer ganz andern Richtung her an gewisse klinische Zusammenhänge und Differenzen erinnert, auf die in dem Aufbauaufsatz bei der allgemeinen Strukturzerlegung einiger Wert gelegt wurde: daß präformierende — vorbildende — Momente als Hilfen für die pathoplastischen, bloß prädisponierende — vorbereitende — als solche für die pathogenetischen Erscheinungen in Anspruch zu nehmen waren. — Das Präformationsmoment bringt die Gestaltungsformen im übrigen in charakteristischen Gegensatz zu gewissen Bestandteilen der Grundstörungen, bei denen man nicht zum wenigsten auch mit neugebildeten, erst von außen her erwirkten klinischen Gebilden zu rechnen hat. Diese verschiedene Herkunft von Grundstörungs- und Gestaltungserscheinungen weist schließlich noch einmal von einer neuen Seite her darauf hin, daß die Gestaltungsvorgänge heterogene Zusammensetzungen des klinischen Bildes herbeizuführen neigen.

Die klinischen Faktoren, die für das funktionelle Wirksamwerden der Gestaltungsmechanismen im Falle der psychotischen Erkrankung maßgebend sind, haben wir bisher noch nicht voll übersehen. Die Existenz der entsprechenden Formenkräfte und Tendenzen ist zwar ohne

weiteres als unumgängliche Voraussetzung dafür anzuerkennen, doch lehrt schon die mangelnde Konstanz des Vorkommens der zugehörigen Erscheinungen, daß für deren Auftreten oder Ausbleiben noch weitere Momente mitsprechen, besondere Bedingungen fördernder oder hemmender Art bestehen müssen. In diesem Sinne kann man gewissermaßen von klinisch produktiven und sterilen psychopathologischen Einstellungen und Gesamtzuständen reden. So gehört etwa die als Besonnenheit bezeichnete Bewußtseinslage zu den fördernden Bedingungen für die verschiedenen intellektuellen Verarbeitungen psychotischer Syndrome, insbesondere für die Wahnsystematisierungen, die Bewußtseinstrübung umgekehrt zu ihren hemmenden. Daher erfahren gelegentlich die im deliranten Zustande wahrgenommenen Erlebnisse erst dann eine wahnhafte Verwertung, nachdem die Bewußtseinsstörung geschwunden ist. Im gleichen Sinne macht sich fördernd oder hemmend die intellektuelle Unversehrtheit auf der einen, die Demenz auf der andern Seite geltend (welch letztere überdies noch die Wahnbildung auch qualitativ beeinflußt). Umgekehrt begünstigt eine Bewußtseinstrübung oder ein geistiger Schwächezustand die Wirksamkeit katathymer Tendenzen: Größenideen bei Herausbildung der Demenz, bei Auftreten eines pathologischen Rausches, während die gleichen Persönlichkeiten vor Eintreten der Demenz, beziehungsweise bei geordneter Bewußtseinsverfassung eine solche katathyme Wahnneigung nicht darbieten. Des weiteren wäre etwa an die günstigen Bedingungen zu erinnern, die eine zähe Affektivität als Charakterbestandteil für die Fixierung von Wahnbildungen bietet, und an die ungünstigen, die durch emotionelle Unbeständigkeiten (chronisch manische Zustände!) gegeben sind. Oder auch, um andersartiges aufzugreifen: Die Bewußtseinstrübung begünstigt entsprechend ihrer Tendenz zu bildhaftem Denken das Auftreten visueller Sinnestäuschungen, die Bewußtseinsklarheit dagegen ist — gemäß den gewohnten abstrakten Denkweisen in Wortklangbildern — eher dem Halluzinieren in Phonemen förderlich. Eine besondere Aufgabe wäre es — sie würde hier zu weit vom Thema abführen — im einzelnen diese Verhältnisse der klinischen Affinitäten und der elektiven Symptomenbegünstigung zu verfolgen und nach Gruppen die entsprechenden klinischen Vorbedingungen für die Auswahl sowie für das Auftreten bestimmter Gestaltungserscheinungen festzulegen, um von da aus dann weiter im Interesse der klinischen Systematik bestimmte feste Zuordnungen dieser Gestaltungserscheinungen zu bestimmten Krankheitstypen zu gewinnen.

Auch von den Ablaufsformen, die im Grunde ja nur eine zusammengefaßte Folge von Symptomenbildern bedeuten, gehen entsprechende fördernde oder hemmende Einflüsse aus: Für das Auftreten der Ratlosigkeitsaffekte im Gefolge psychotischen Erlebens wirkt die

Acuität des psychotischen Vorgangs förderlich, ein chronischer läßt sie kaum aufkommen. Selbstverständlich wird auch das Krankheitsstadium für die Wirksamkeit der betreffenden Gestaltungstendenzen in positivem oder negativem Sinne maßgebend: Größen- und andere Wahnideen von einem alle Wirklichkeit und Möglichkeit weit überschreitenden Ausmaß finden beispielsweise bei der Schizophrenie im allgemeinen erst im vorgeschrittenen Stadium mit seiner ausgesprochenen Denkfunktionsschädigung die günstigsten Vorbedingungen, sie fehlen daher zumeist im Initialstadium. Dieses umgekehrt fördert mit seinen leichten Gleichgewichtsverschiebungen im funktionellen Zusammenwirken das Auftreten der den Endstadien fremden maßvollen und im Bereich des Möglichen sich haltenden Beziehungs- und Beeinträchtigungsideen.

Ganz eigenartige Bedingungen für die jeweiligen Gestaltungsverhältnisse sind auch durch die Maßbeziehungen gegeben, in denen die pathologischen Bestandteile der Krankheit zu den normalen Faktoren stehen. Daraus erklären sich mancherlei scheinbar paradoxe klinische Erscheinungen: daß beispielsweise die gleichen normalpsychologischen Gestaltungskräfte, etwa die intellektuellen Regulier- und Korrigiervorrichtungen, bald der Krankheit entgegen, bald in ihrem Sinne funktionieren können: In dem einen Fall — bei Übergewicht der normalen Funktionen — führen sie zur Symptomenkorrektur (etwa der halluzinatorisch-paranoischen Syndrome) und damit zum Krankheitsrückgang und -abbau; im anderen dagegen — beim Überwiegen der pathologischen Funktionstendenzen — treten sie umgekehrt gewissermaßen in den Dienst der Störungen, festigen und erweitern die psychotischen Syndrome (also etwa wieder die halluzinatorisch-paranoischen) und tragen damit zum Fortschreiten der Krankheitserscheinungen bei. Vielfach bedingt der natürliche — sei es progressive, sei es regrediente — Verlauf der Grundstörung zugleich von sich aus eine Verschiebung des Kräfteverhältnisses zwischen normalen und pathologischen Funktionstendenzen, so daß jene psychischen Funktionskräfte im Laufe der Psychose einmal der Krankheit, ein andermal der Genesung dienstbar werden oder die Stellungnahme zu den Krankheitserlebnissen (etwa im Rahmen einer Alkoholhalluzinose) von der Initialphase über das Höhestadium bis zum evtl. Stillstand und Rückgang des Grundprozesses je nach dem Über- oder Untergewicht der normalpsychologischen Korrektivkräfte wiederholt wechseln kann.

Von grundlegendster Bedeutung für das Auftreten und die Wirksamkeit der Gestaltungskräfte und -tendenzen erweisen sich selbstverständlich vor allem die Grundstörungen selbst, mit denen jene in Beziehung stehen. Darauf weist ja schon die allgemeine Tatsache hin, daß bestimmten pathogenetischen Stammformen bestimmte Radikale,

bestimmte Gestaltungsformen an- und eingegliedert zu sein pflegen. So dürfte es etwa im Bereich des schizophrenen Formenkreises nicht zum wenigsten von der Intensität und dem Umfange, mit dem die schizophrene Grundstörung (d. h. also jene spezifische Schwächung der Apperzeption, der psychischen Intentionalität) einsetzt, abhängen, wie der Fall sich dem äußeren Bilde nach gestaltet. Sind von vornherein die spezifischen Grundsymptome in charakteristischer Ausprägung ausgebildet, so wird es etwa zu relativ „blanden" Zustandsbildern und damit zu Spielarten von der Art der einfachen Hebephrenie kommen, oder es werden sich, wenn durch die schizophrene Schwächung der psychischen Regulation zugleich untergeordnete Mechanismen frei werden, katatone Bilder und Spielarten herausbilden. Dagegen werden sich bei langsamer und leichter Entwicklung der schizophrenen Grundstörung funktionelle Gestaltungserscheinungen durchsetzen und weiterbilden können, insbesondere auch paranoide, die damit Varietäten von der Art gewisser (schizophrener) systematisierender paranoischer Prozesse festlegen.

Schwerwiegend fällt dann weiter für die Gestaltungserscheinungen auch ins Gewicht, daß die durch den natürlichen Verlauf der Grundstörung vor sich gehenden Veränderungen derselben auch andere Bedingungen für die Gestaltungsformen abgeben, derart, daß etwa im Rahmen einer Paralyse zunächst initial vom organischen Prozeß freigemachte konstitutionelle psychische Tendenzen, depressive oder sonstige charakterologische Züge das Krankheitsbild gestalten, diese mit fortschreitendem Prozesse schwinden und dann im Endstadium frei gewordene primitive Hirnmechanismen: encephalopathische Gebilde u. dgl. das Symptombild beherrschen. Ähnlich können im Verlauf der Schizophrenie zunächst die Bedingungen für eine systematisierende Wahnbildung gegeben sein, die dann das Bild so lange beherrscht, bis mit der Herausbildung der Demenz und durch diese eine völlige Änderung dieser Gestaltungserscheinung in Form des Zerfalls der paranoischen Gebilde erfolgt.

Alle diese Zusammenhänge weisen zugleich auf die verwickelten Beziehungen zwischen Grundstörungs- und Gestaltungsvorgängen im Ablauf der verschiedenen Psychosen hin: bald besteht ein Nebeneinanderherlaufen beider in progressiver Richtung (fortschreitender schizophrener Grundprozeß bei gleichzeitigem Fortschreiten der darauf aufgebauten systematisierenden Wahnbildung); bald ein Nebeneinanderlaufen beider in regredienter Richtung (sich zurückbildender Grundprozeß der Alkoholhalluzinose mit parallel gehender Korrektur des daran geknüpften systematisierten Erklärungswahns); bald ein progressiver Verlauf der einen bei regrediertem der anderen (z. B. fortschreitende Demenz bei gleichzeitigem Zerfall des früher in normal-

psychologischer Gedankenarbeit entwickelten paranoischen Systems). Über dieses Nebeneinanderherlaufen hinaus besteht aber noch — und das ist das wesentlichere und daher nochmaliger ausdrücklicher Hervorhebung wert — eine gegenseitige Beeinflussung von Grundstörung und Gestaltungserscheinungen, und zwar einmal in der Weise, daß die wechselnden Gestaltungstendenzen ihren Einfluß auf die Erscheinungen der Grundstörung ausüben (deren Nachweis war ein gut Teil dieser Arbeit gewidmet); sodann aber auch — was ebenso bedeutsam — in der Art, daß die Änderungen der Grundstörungen unmittelbare Veränderungen an den Gestaltungserscheinungen zur Folge haben, wie das eben angeführte Beispiel — Zerfall der vorher entwickelten und ausgearbeiteten paranoischen Gebilde durch die eintretende Demenz — beweist.

So sehen wir, von den verschiedensten Faktoren ausgehend — bald von der Psychose und ihren Einzelelementen, bald von der Persönlichkeit des Krankheitsträgers mit ihren psychischen und physischen Reaktivitätstendenzen, bald auch von äußeren Konstellationen — wechselnde Bedingungen für das Auftreten bestimmter Gestaltungsmechanismen und -formen in gerade dem besonderen Individualfall, bei der besonderen Spielart und Krankheitsform gegeben, ohne daß man für das Zustandekommen dieser Gestaltungsphänomene auf fernliegende Erklärungen zurückgreifen muß, etwa der Art, daß in den verschiedenen Fällen durch die einzelnen Krankheitsvorgänge je nach ihrer Stärke und Ausdehnung verschiedene Gebiete unserer Hirnteile in Betrieb gesetzt werden. Dabei soll durchaus nicht verhehlt werden, wieviel auch bei unserer strukturanalytischen Betrachtungsweise noch zum vollen Verständnis für die Einzelgestaltungen des klinischen Bildes fehlt und daß wir — von einigen günstig gelegenen und relativ durchsichtigen psychogenen Spielarten (etwa nach Art der kriegsneurotischen) abgesehen — kaum auch nur in einem Falle alle die Momente zusammenbekommen, die restlos erklären, warum das Bild in seinen Einzelheiten sich so und nicht anders gestaltet hat.

Aus dem Vorliegen oder Fehlen der besonderen fördernden oder hemmenden Bedingungen für das Auftreten und die Wirksamkeit der verschiedenen Gestaltungskräfte und -tendenzen erklärt es sich zum Teil auch — es sprechen daneben noch andere Momente: elektiv wirkende klinische Affinitäten u. ä. mit — daß diese Gestaltungsmomente nicht in jedem Falle und nicht in jeder Phase der Krankheit in Wirksamkeit treten, und daß sie insbesondere auch nicht bei jeder Krankheitsform im gleichen Sinne wirksam sind. Daß sie vielmehr in bestimmten ausgewählten psychotischen Zuständen, speziell bei bestimmten Grundstörungen mit ausgewählten pathoplastischen Tendenzen auftreten, die aus den oben gekennzeichneten Zusammenhängen mehr oder minder leicht abzuleiten sind: So ist etwa das Freiwerden primitiver psy-

chischer Mechanismen von der Art der encephalopathischen Syndrome KRAEPELINS vorwiegend an den destruktiven Abbau der organischen Demenzpsychosen gebunden, die individuell weitgehend differenzierte Determinierung der Symptome durch Erlebnis und Charakter dagegen vorzugsweise an die psychogenen Störungen mit ihrer besonderen Beeinflußbarkeit vom Psychischen her u. ä. mehr. Aus diesen ziemlich regelmäßigen, ja gesetzmäßigen inneren Beziehungen der Gestaltungsfaktoren zu bestimmten Grundstörungen, aus diesen halbwegs festen Zuordnungen ergeben sich dann für die einzelnen Krankheitstypen und Spielarten einigermaßen charakteristische Prädilektionsgestaltungsformen, deren restlose Herausholung und systematische Ableitung aus den besonderen Bedingungen der Krankheit und speziell aus der Eigenart ihrer spezifischen Grundstörung, wie schon angedeutet, eine wesentliche Zukunftsaufgabe einer analytischen Psychiatrie sein wird.

Als ein Vorstoß nach dieser Richtung hin darf wohl auch der Versuch KRAEPELINS[1]) aufgefaßt werden, bestimmte Gestaltungsformen, die er im wesentlichen als phylo- bzw. ontogenetisch präformierte anspricht, verschiedenen „Schichten" des psychischen und Hirnaufbaus zuzuweisen und damit zugleich gewissen Krankheitsgruppen zuzuordnen: Er trennt die Formen einer tiefsten Schicht, die im wesentlichen grob organischer Natur sind (encephalopathische, spasmodische usw.), von denen einer obersten Schicht, die im wesentlichen funktionellen Charakters sind (emotionelle, hysterische, paranoide) und stellt zwischen beide die einer Mittelschicht, zu denen er die schizophrenen und sprachhalluzinatorischen rechnet. Der heuristische Wert solcher Aufstellungen, um die in einem begrenzteren Formenkreise sich auch KRETSCHMER bemüht, kann nicht verkannt werden.

Nicht nur bezüglich der Art der Beteiligung der Gestaltungserscheinungen an den einzelnen Krankheitsformen bestehen bestimmte Regelmäßigkeiten, gewisse Prädilektionsbeziehungen, sondern das gleiche ist auch hinsichtlich des Umfangs der Fall. Ordnet man die Krankheitsformenkreise in der Weise zusammen, wie ich es im nachfolgenden Aufsatz versucht habe, d. h. in einer fortlaufenden Reihe von den grob organisch destruktiven Demenzpsychosen über die exogenen Psychosen im engeren Sinne und die schizophrenen hinweg bis hin zu den funktionell-konstitutiven und psychogenen Störungen, so wird man in genügender Übereinstimmung mit den Erfahrungstatsachen wohl sagen können: Dieser Reihenfolge geht im großen Ganzen auch eine entsprechende Zunahme in der Wirksamkeit der Gestaltungstendenzen und im Hervortreten der Gestaltungsformen parallel. Die Zugänglichkeit für gestaltende Einflüsse, die inneren Beziehungen der

[1]) KRAEPELIN: Die Erscheinungsformen des Irreseins. Zeitschr. f. d. ges. Neurol. u. Psychiatr. Bd. 62.

Grundstörungen zu den Gestaltungsvorgängen und ihre Verbindung und Vermischung mit solchen nimmt also von den grob organischen Psychosen nach den funktionellen und insbesondere den psychogenen hin mehr und mehr zu. Damit komplizieren sich entsprechend auch die Aufbauverhältnisse von den organisch-destruktiven Störungen nach den psychogenen zu mehr und mehr, und dies ist wohl auch mit einer der Gründe, weshalb die Systematik der relativ einfach aufgebauten, sich ziemlich weitgehend auf die Grundstörungen beschränkenden organischen Psychosen viel weitgehender und einwandfreier durchgeführt werden konnte als jener funktionellen mit ihrem hoch zusammengesetzten Aufbau und den vielfältigen und weitreichenden Gestaltungseinschlägen.

Die nosologische Stellung und Bedeutung der Gestaltungserscheinungen ist schon durch ihren Charakter als klinischer „Radikale", die in die verschiedensten klinischen Gruppen eingehen und damit bei den verschiedensten Typen wiederkehren können, genügend festgelegt. Gegenüber den unmittelbaren Erscheinungen der Grundstörung, die den spezifischen Krankheitsvorgang zum Ausdruck bringt, den Stammgebilden, bedeuten sie grundsätzlich nur Krankheitsbestandteile geringerer nosologischer Valenz, solche zweiter Ordnung. Damit werden sie selbstverständlich nicht etwa zu völliger klinischer Bedeutungslosigkeit herabgedrückt, denn ein realer psychotischer Krankheitsfall, an dem die Gestaltungsformen völlig unbeteiligt sind, kommt überhaupt nicht vor, ja ist sogar ohne sie überhaupt nicht recht denkbar, und das geschlossene Bild der psychischen Störung, das sich uns von außen darbietet, ist überhaupt erst dadurch gegeben, daß Grundstörung und Gestaltungsvorgänge sich zu einer Einheit zusammenschließen und verschmelzen.

Diese bei allen Formenkreisen vorhandene, wenn auch je nach der Gattung in Art und Umfang wechselnde Verbindung und Mischung von Grundsymptomen und Gestaltungserscheinungen bedeutet nun freilich eine Verknüpfung von klinisch verschiedenwertigen und in vielen Fällen — Verbindung grob organischer mit rein funktionellen oder endogener mit exogenen Symptomen — durchaus heterogenen Elementen, und es liegt daher immerhin nahe, ihre Zusammenordnung zu einer klinischen Einheit, wie sie in dem Begriff der Krankheitsentität gegeben ist, grundsätzlich zu beanstanden. Rein theoretisch läßt sich gegenüber solchen Bedenken wenig Stichhaltiges vorbringen. Die klinische Praxis aber darf ungestört über sie hinweggehen, da sie nicht ideale, begrifflich einwandfreie, sondern reale und damit praktisch verwendbare Krankheitstypen sucht. Die polymorphe und heterogene Zusammensetzung der psychischen Krankheitsformen (die diese übrigens mit den körperlichen teilen) nimmt sie als eine Gegebenheit hin, trägt ihr allerdings durch Klarlegung der inneren Struk-

tur der Krankheitsfälle, der inneren Zusammenhänge ihrer Bestandteile und vor allem durch möglichst reine Herausschälung und weitgehende nosologische Berücksichtigung der spezifischen, ihre Einheitlichkeit verbürgenden Grundstörungen Rechnung.

Daß einer einwandfreien nosologischen Differenzierung der psychischen Krankheitsformen durch diese Gestaltungseinschläge, die die für den Krankheitstypus entscheidenden Grundstörungssymptome mehr oder weniger verändern, überwuchern und verdecken können, Eintrag getan werden kann, läßt sich nicht verkennen. Dasselbe gilt erst recht natürlich von der praktischen diagnostischen und differentialdiagnostischen Erfassung, der im Einzelfall — infolge der Unkenntlichmachung der Grundstörungen durch die Gestaltungserscheinungen — vom äußeren Bilde aus schwere und selbst unüberwindbare Schwierigkeiten entstehen können, — Schwierigkeiten, die dann erst wieder durch eine klinische Umstellung im Sinne der Strukturzerlegung sich beheben lassen. Im übrigen sind aber die Gestaltungserscheinungen noch nicht etwa wegen ihres unveränderten Eingehens in die verschiedensten Krankheitstypen diagnostisch irrelevant. Schon die oben erwähnte Tatsache, daß es für die einzelnen Krankheitstypen Prädilektionsgestaltungen gibt, die, wenn auch keine Kriterien, so doch Indizien für das Vorliegen einer bestimmten Krankheitsart abgeben, spricht für ihre diagnostische Verwertbarkeit. Es kommt aber noch hinzu, daß die Gestaltungserscheinungen (etwa die katathym bedingten paranoischen Gebilde) je nach der Krankheitsform in ein anderes Gesamtbild, in ein anderes „Symptomenensemble" eingehen — das Wahnbild der schizophrenen Demenz unterscheidet sich charakteristisch genug von dem der paralytischen Demenz —, und daß dieses Symptomenensemble von sich aus gleichfalls weitere Richtlinien für die Diagnose abgibt. Demnach darf man sich also mit gutem Grund nach wie vor der diagnostischen Führung der Gestaltungsmomente in den vielen Fällen bedienen, wo die Latenz, Verdeckung und Unkenntlichmachung der Grundstörungssymptome zur Heranziehung auch der klinisch weniger hochwertigen Krankheitsbestandteile zwingt.

Nach alledem wäre die klinische und diagnostische Stellung der Gestaltungserscheinungen im Krankheitsrahmen etwa so zu formulieren: An den den realen Krankheitsfall ausmachenden Krankheitsbestandteilen sind sie so gut wie die Grundstörungen beteiligt. Für die dem Krankheitstypus zukommenden Bestimmungsstücke werden im wesentlichen die Elemente der Grundstörung herangezogen, von den Gestaltungsformen dagegen höchstens noch die zugehörigen Prädilektionssyndrome in Anspruch genommen. Der Typus ist jedenfalls um so reiner und einwandfreier erfaßt, je weniger er sich auf die Gestaltungsformen als Bestimmungsstücke stützt. Für die Spielarten

innerhalb dieser Krankheitstypen lassen sich die Bestimmungsstücke sehr wohl — zum Teil sogar sehr weitgehend — den besonderen Gestaltungserscheinungen entnehmen. Die für die Diagnose und Differentialdiagnose verwertbaren Erkennungs- und Unterscheidungsstücke endlich können sowohl den Gestaltungserscheinungen wie den Grundstörungen entnommen sein. Ihre diagnostische Einwandsfreiheit wird freilich nur von diesen verbürgt, während jene immer wieder diagnostische Unsicherheiten bieten, wie die immer noch unvermeidlichen Fehlurteile bei funktionellen Bildern schizophrener Psychosen beweisen.

Wir schließen ab. Indem wir den im Rahmen der Psychose wirksamen gestaltenden Kräften, den sich aus dem klinischen Bilde heraushebenden Gestaltungserscheinungen und den durch sie gegebenen Sonderkomponenten der geistigen Störungen nachgegangen sind, finden wir diese selbst durch eine erdrückende, kaum noch differenzierbare Fülle von Einzelheiten weit komplizierter und unübersichtlicher, als sie bei der bloßen Darstellung der äußeren Krankheitsbilder erschienen. Unwillkürlich drängt sich auch hier wieder eine Besorgnis auf, wie sie ähnlich schon in anderem Zusammenhang sich leise andeutete: Es könnten von hier aus die klinischen Leitlinien und Ordnungsmöglichkeiten, die uns bereits von der vorwiegend deskriptiven Forschung zur Verfügung gestellt wurden, aufgehoben, die mühselig geschaffene klinische Ordnung wieder zerstört werden, ja darüber hinaus (speziell im Hinblick auf die weitgehend festgestellte Abhängigkeit wichtiger Einzelzüge des klinischen Bildes von allgemeinen Gestaltungseinflüssen) selbst die sorgsam herausgearbeiteten psychischen Krankheitseinheiten wieder aufgelöst werden. Die ruhige sachliche Betrachtung zeigt, daß eine solche Einschmelzung des bisherigen klinischen Arbeitsgewinnes nicht zu befürchten steht. Wohl bedeutet der Einblick in die Zusammensetzung und die inneren Zusammenhänge der Psychose, in die Vielgestaltigkeit ihres Aufbaus, in die verschiedene Genese und die verschiedene Wertigkeit ihrer Bestandteile zunächst eine Erschwerung der klinischen Übersicht, eine wesentliche Komplizierung der klinisch ordnenden Arbeit. Aber bald genug gewinnen wir wieder gerade von hier aus die Möglichkeit weitgehender Klärungen, und speziell die fortschreitende Herausarbeitung und Differenzierung jener wichtigsten Krankheitskomponenten: der Grundstörungs- wie Gestaltungserscheinungen bietet die geeigneten Hilfsmittel zu einer wesentlichen Vereinfachung der klinischen Verhältnisse. Dabei werden dann die bereits auf anderem Wege gewonnenen klinischen Ergebnisse, soweit sie den tatsächlichen strukturellen Beziehungen und Zusammenhängen entsprechen, nicht etwa aufgehoben, sondern vielmehr von einer anderen Seite her — vermittelst der analysierenden Betrachtung — neu beleuchtet und zugleich wesentlich gestützt.

IV. Der Kreis der pathogenetischen Erscheinungen: Die Grundelemente der klinischen Systematik.

Das Interesse, das die Strukturanalyse an der klinischen Systematik hat, und die Bedeutung, die umgekehrt der letzteren für die Aufbaubetrachtung zukommt, ist vor allem dadurch gegeben, daß die klinische Systematik in erster Linie dahin strebt und streben muß, aus den gegebenen Bestandteilen des Krankheitsfalls die klinisch hochwertigen und grundlegenden als nosologische Bestimmungsstücke herauszuholen. Nun ist es aber zugleich ein wesentliches Ziel der Strukturanalyse bei ihrer Verfolgung der inneren Zusammenhänge und gesetzmäßigen Zuordnungen der konstituierenden Krankheitselemente, deren klinisches Verhältnis zueinander und ihre klinische Rangordnung im Rahmen der Psychose klarzustellen. So wird also mit einer Arbeit, die die grundlegenden Elemente der klinischen Systematik aufzufinden und festzulegen sucht, beinahe unmittelbar und gleichzeitig auch entsprechende strukturanalytische Förderarbeit geleistet.

Bekanntlich lehrt die klinische Erfahrung immer wieder, daß die in der Hauptsache und direkt auf das bloße äußere Krankheitsbild, die äußerlichen Gegebenheiten von Symptomen- und Verlaufserscheinungen sich stützenden Ordnungs- und Systematisierungsversuche nicht zu nosologischen Bestimmungsstücken und Systemgrundlagen von unanfechtbarer Zuverlässigkeit und Reinheit zu führen pflegen. Und zwar einmal deswegen, weil die Krankheitsbestandteile in der Art, wie sie sich im äußeren Bilde zusammenfinden, gewöhnlich zu verschiedenartig bedingt und daher zu ungleichwertig sind, um direkt und ohne weiteres als grundlegende Elemente für die klinische Systematik zu dienen, und zum andern, weil überhaupt die bloße äußerliche beschreibende Veranschaulichung und äußerliche Ordnung der klinischen Bilder der bunten Durcheinandermischung von wesentlichen und unwesentlichen Krankheitsbestandteilen sowie der mannigfachen Verdeckungen, Verhüllungen und Einkleidungen der spezifischen Krankheitsteile durch die unspezifischen nicht genügend Herr zu werden, und das Wesentliche, Grundlegende gegenüber dem Zufälligen, Nebensächlichen nicht scharf

genug herauszuholen vermag. Diese nosologisch entscheidende Trennungs- und Reinigungsarbeit kann vielmehr nur die Strukturanalyse leisten (die somit umgekehrt von hier aus wesentliche Bedeutung für die nosologische Systematik erhält), indem sie in systematisch vorgehender Zerlegung die einzelnen Krankheitselemente hinsichtlich ihrer inneren Beziehungen und ihres Ordnungsverhältnisses im Gesamtaufbau der Psychose voll erfasst und hinsichtlich ihrer klinischen Wertigkeit richtig einschätzt.

Der Weg der strukturanalytischen Betrachtung ist daher grundsätzlich der gegebene und also auch hier einzuschlagen. Dabei ist es angängig und erforderlich, von verschiedenen Seiten her den inneren Zusammenhängen zwischen den Krankheitsteilen im klinischen Rahmen nachzugehen.

1. Die allgemeinen pathologischen Grundformen.

1. Wir sehen zunächst die einzelnen Syndrome auf ihre Zusammensetzung hin an. Dabei heben sich von vornherein allenthalben jene Erscheinungen heraus, die wir als Ausgestaltungen zu bezeichnen haben: Es sind dies jene Spezialisierungen, jene Konkret- und Individuellgestaltungen der verschiedenen Krankheitsteile, wie sie in der Inhaltgebung von Halluzinationen und Wahnbildungen, der Sonderfärbung von Emotionssyndromen, der „psychologischen" Formung von motorischen Phänomenen (der sinnvollen Gestaltung von Manieren, Stereotypien) u. dgl. gegeben und durch die verschiedensten — nicht zum wenigsten auch durch außerhalb des eigentlichen Krankheitsvorganges liegende — Faktoren (äußere Situation, seelische Konstellation, psychische, physische Individualität usw.) bedingt sind. Wir gehen auf die Eigen- und Einzelheiten dieser Ausgestaltungen, ohne die der konkrete Einzelfall überhaupt kaum denkbar ist, nicht weiter ein und begnügen uns in diesem Zusammenhang damit, nur ihren allgemeinen Charakter als meist inkonstante und variable Krankheitselemente festzustellen und ihre allgemeine Bedeutung im Rahmen des klinischen Bildes herauszuheben: daß nicht zum wenigsten sie es sind, die seine Mannigfaltigkeit, seine Vielgestaltigkeit, seine wechselnden Verschiedenheiten festlegen. Worauf es hier ankommt, ist lediglich das zugehörige Gegenstück zu diesen Ausgestaltungen zu gewinnen, d. h. dasjenige, was außer diesen Ausgestaltungen vorhanden ist, woran sie vor sich gehen, was vorhanden sein muß, bevor und damit es zu diesen Ausgestaltungen kommt. Es sind gewisse allgemeinere, daher einförmigere, für die betr. Krankheitsform fester stehende, d. h. konstante psychische

Gebilde von mehr oder weniger elementarem Charakter nach Art der Reiz- und Erregungs-, der Funktionsminderungs- und -lähmungserscheinungen, der Bewußtseinsabschwächungen usw. Wir stellen sie zunächst einmal ganz allgemein als Grundformen jenen speziellen Ausgestaltungen gegenüber und beschränken uns vorerst auf die Feststellung, daß wir mit ihnen allgemeinere klinische Gegebenheiten gewinnen.

2. Wir betrachten weiter die gesetzmäßigen Zusammenhänge zwischen den Krankheitsgebilden unter dem Gesichtspunkte der Symptomenfolge, des Auf- bzw. Auseinanderfolgens, des zeitlichen bzw. kausalen Zusammenhangs. Wir stoßen damit sogleich auf solche, die wir ohne weiteres auf andere Krankheitsbestandteile zurückführen, als Folgeerscheinungen, Verarbeitungen, Weiterführungen usw. bereits gegebener und vorliegender klinischer Gebilde erkennen können. Sie müssen als Ableitungen gekennzeichnet werden. Wir gehen auch hier an den zahlreichen Eigen- und Einzelheiten vorüber; an all den denkbaren und tatsächlich vorkommenden psychodynamischen wie biodynamischen Ableitungsweisen: intellektuelle wie beim logisch entwickelten halluzinatorischen Erklärungswahn oder der kombinatorisch weitergeführten Wahnsystematisierung; emotionelle, wie beim Ratlosigkeitsaffekte im Gefolge akut psychotischen Erlebens, oder den depressiven Affekten im Anschluß an die Selbstempfindung der hereinbrechenden Psychose; biologische wie bei den Erschöpfungssyndromen als unmittelbaren Folgen akuter Erregungsphasen u. dgl. Und ebensowenig machen wir bei den Art und Richtung dieser Verarbeitungen bestimmenden Faktoren (kognitive, emotionelle Tendenzen, allgemein menschliche, individualpsychologische und -pathologische Triebkräfte u. dgl.) halt, oder gar bei den Förderungs- und Hemmungseinflüssen für ihr Zustandekommen (Besonnenheit als Fördermittel, Bewußtseinsstörung als Hindernis für Systematisierungen) u. a. m. Wir beachten vielmehr auch hier wieder nur den allgemeinen Charakter dieser Ableitungen als inkonstanter, variabler und vor allem sekundärer Krankheitsbestandteile (evtl. selbst tertiärer und darüber hinaus) sowie ihre allgemeine Bedeutung für Krankheitsbild und -verlauf, denen sie durch Erweiterung der Symptome in Intensität und Extensität, durch Angliederung neuer Bildungen unter Modifikation und Transformation der gegebenen vermittels progressiver Weiterführungen oder auch umgekehrt psychologischer Rückverarbeitungen, einen qualitativ wie quantitativ enormen Zuwachs an differenten Sonderelementen und Gestaltungen bringen können. Vor allem aber halten wir auch hier speziell den zugehörigen Gegenpol fest, jene Erscheinungen, auf die es uns im Grunde wieder allein ankommt, die Gebilde, die zurückbleiben, wenn jene Ableitung

von, jene Zurückführung auf andere bereits vorliegende Krankheitsglieder nicht weiter und nicht mehr möglich ist. Diese Krankheitsbestandteile, die sich gegenüber den Ableitungen als primäre, als ursprünglichere darstellen, sollen demgemäß als Ursprungsformen herausgehoben werden, die gewissermaßen letzte (oder wenn man will auch „erste") klinische Gegebenheiten darstellen.

3. Die weitere Betrachtung der gesetzmäßigen Zusammenhänge zwischen den Krankheitsbestandteilen führt zu solchen, die nicht rein kausaler Natur sind, sondern den Charakter bloßer innerer Zuordnung, der Über- und Unterordnung tragen, derart, daß die einen nur die allgemeinen Vorbedingungen, die pathologische Basis für das Auftreten der anderen abgeben. Damit heben sich dann in charakteristischer Weise solche klinische Sondererscheinungen heraus, die sich auf andersartige als ihren Wurzelboden zurückführen lassen, etwa in der Art, wie dies bei psychogenen Bildungen auf dem Untergrunde schizophrener Veränderungen der Fall ist. Sie mögen als Aufpflanzungen hingestellt werden. Wir verzichten wiederum auf eine nähere Kennzeichnung der verschiedenartigen aufgepflanzten Manifestations- und Reaktionsformen (psychogene, hysterische, sonstige endogene und exogene); sowie auf die Feststellung der verschiedenartigen Basis (Schizophrenie, Paralyse, sonstige Demenzprozesse, exogene Störungen usw.), auf der sie sich entwickeln können; wir gehen auch nicht weiter auf die verschiedenen psychodynamischen und sonstigen Mechanismen ein, denen sie ihre Entwicklung verdanken, noch auf ihre sonstige Herkunft (als präformierte biologische Bildungen u. ä.); und wir forschen endlich auch nicht den besonderen Bereitschaftsbedingungen des betreffenden klinischen Untergrunds (durch organischen Abbau, funktionelle Ausschaltungen, evolutive Hemmungen u. dgl.) nach. Wir charakterisieren nur ganz allgemein diese Aufpflanzungen als klinische Gebilde, die erst sekundär entwickelte, daher nicht unumgängliche und auch nicht konstante Krankheitselemente darstellen, und sehen ihre Bedeutung für das Krankheitsbild im wesentlichen darin, daß sie den bestehenden Krankheitsformen heterogene Elemente hinzufügen (psychogene zu schizophrenen, hysterische zu paralytischen, funktionelle ganz allgemein zu organischen u. a. m.), und so klinisch befremdende Symptomenmischungen im Krankheitsrahmen herbeiführen. Von diesen Aufpflanzungssyndromen unterscheiden wir dann grundsätzlich diejenigen der ihnen gesetzmäßig zugeordneten Unterschicht als die Fundamentalerscheinungen, die unmittelbar aus und mit der Krankheit selbst gegeben sind und die daher für uns gegenüber jenen Aufpflanzungen grundlegendere klinische Gegebenheiten darstellen.

4. Schließlich müssen auch noch aus äußeren Gründen gewisse strukturelle Gebilde des Krankheitsfalles herangezogen werden, die eigentlich nicht mehr so wie die bisherigen in charakteristischen gesetzmäßigen Beziehungen zu den einzelnen Krankheitsbestandteilen stehen und sogar z. T. an sich schon über den gegebenen Krankheitsrahmen hinausführen. Wir finden im unzerlegten Gesamtbild, das der einzelne Fall bietet, oft genug pathologische Gebilde, die keinerlei innere Zusammenhänge mit der jeweils vorliegenden Krankheitsform aufweisen, d. h. weder auf das Krankheitsagens noch auf die Krankheitssymptome zurückzuführen sind, die wir vielmehr unverkennbar als bloße krankheitsfremde Einschläge oder Einschaltungen anzusprechen haben. Die Bedeutung dieser an sich durchaus nicht vereinzelten und daher auch trotz ihrer klinischen Regellosigkeit praktisch nicht belanglosen krankheitsfremden pathologischen Einschläge verschiedenster Herkunft (anlagebedingte wie psychopathisch-konstitutionelle, erworbene wie chronisch-alkoholistische usw.) bei den verschiedensten Psychosen liegt darin, daß sie, wiewohl nicht der vorliegenden Krankheitsform zugehörig und nicht aus ihr entstanden, doch in die eigentlichen Krankheitszusammenhänge und -vorgänge im Sinne der oben gekennzeichneten Ausgestaltungen, Weiterführungen usw. eingreifen und damit sich in das Krankheitsbild hineinverweben können. Diesen regellos vorkommenden, beliebig variierenden, außerhalb der Krankheitsform im engeren Sinne stehenden krankheitsfremden Einschlägen stellen wir die eigentlichen krankheitszugehörigen Gebilde gegenüber, die umgekehrt dem Krankheitsgesetz folgende Gegebenheiten bedeuten. —

Mit diesen vier Paaren freilich etwas schematisch gefaßter Strukturgebilde hat man die hauptsächlichen konstituierenden Elemente des inneren Gerüstes der Psychose zusammen, doch läßt sich ihr allgemeines Ordnungsverhältnis im klinischen Gefüge noch nicht klar genug erkennen. Wir sehen uns daher die strukturellen Einzelpaare und ihre polaren Glieder noch genauer auf ihr klinisches Verhalten hin an und erkennen sogleich, daß der eine Teil jedes Paares eine ganz andere Stellung im Krankheitsrahmen, eine ganz andere Bedeutung für den Aufbau der Psychose im allgemeinen, die spezielle Krankheitsform im besonderen hat als der andere: Wir sehen dies in relativ belangloser Form bei der vierten Gruppe, wo die krankheitsfremden Einschaltungen den inneren Beziehungen zum Krankheitsfall nach gegenüber den eigentlichen Krankheitsbestandteilen so gut wie ganz ausscheiden; wir sehen es bedeutungsvoller schon bei der dritten, wo die Aufpflanzungen gegenüber den Fundamentalerscheinungen erst indirekt und mittelbar — eben durch Vermittlung der letz-

teren — mit dem eigentlichen Krankheitsvorgang zusammenhängen; wir sehen es wohl noch ausgeprägter bei der zweiten, wo die abgeleiteten gegenüber den Ursprungsformen in ihrem Verhältnis zum Krankheitsvorgang erst recht etwas Sekundäres, Mittelbares, Indirektes darstellen, und wir finden es schließlich in äußerster Prägnanz bei der ersten, wo die Ausgestaltungen im Gegensatz zu den Grundformen sogar ihre Eigenart im wesentlichen von außerhalb des Krankheitsvorgangs gelegenen Determinanten erhalten. Das heißt aber auf eine kürzere allgemeine Formel gebracht: Wir bekommen auf der einen Seite klinische Gebilde — die Einschaltungen, Aufpflanzungen, Ableitungen, Ausgestaltungen —, die ihrem allgemein klinischen Charakter nach inkonstant, akzidentell und variabel und ihrer Herkunft nach teils auf bereits vorliegende Krankheitsbestandteile, teils auf außerhalb der eigentlichen Krankheit liegende Faktoren zurückzuführen sind, — klinische Gebilde also, die man im Hinblick auf Genese und Eigenart mit dem in der Aufbauabhandlung gekennzeichneten Ausdruck als pathoplastisch bedingte zusammenfassen kann; und wir gewinnen auf der andern Seite klinische Erscheinungen — die Fundamental- und vor allem die Ursprungs- und Grundformen —, die nach Art und Auftreten wesentlich konstanter, dem klinischen Charakter nach wesentlich allgemeinerer, elementarer Natur sind und die, genetisch betrachtet, ganz unverkennbar viel unmittelbarer und direkter, ja im wesentlichen sogar unmittelbar und direkt mit dem Krankheitsvorgang und damit selbstverständlich auch mit dem den Krankheitscharakter bestimmenden pathogenetischen Agens zusammenhängen. Sie lassen sich in analoger Weise entsprechend Eigenart und Genese als pathogenetisch erwirkte zusammenfassen. Und damit sind uns nun von selbst zwei große umfassende Gruppen klinischer Gebilde von verschiedener klinischer Wertigkeit an die Hand gegeben: jene in engstem Zusammenhang mit der Pathogenese stehenden, unmittelbar dem Krankheitsgesetz unterstehenden hochwertigen und die bloß an die Pathoplastik gebundenen, geringwertigen. Und es bedarf nun nicht erst besonderer Beweisführung, um zugleich noch festzustellen, daß alles, was hier als klinisch hochwertig (und damit als Valenzen erster Ordnung), bzw. als klinisch geringwertig (als Valenzen zweiter Ordnung) anerkannt wird, in gleicher Weise auch nosologisch — und also in seiner Bedeutung für die Systematik — als hoch- bzw. geringwertig, erster oder zweiter Valenz zu gelten hat.

Die als klinisch hochwertig anerkannten Sondergebilde lassen sich noch weiter vereinfachen. Auf ihr Verhältnis zu einander angesehen,

zeigen sie leicht, daß sie letzten Endes auf die Ursprungs- und Grundformen zurückgehen, und daß darüber hinaus auch diese selbst insofern verschmelzen, als sie dieselben Erscheinungen, nur in verschiedenen Beziehungen betrachtet, wiedergeben. Wir brauchen daher nur noch die ursprünglichen und elementaren Grundformen als die nosologisch erstvalenten herauszuheben und können von diesen ganz allgemein als von allgemeinen pathologischen Grundformen sprechen, worunter wir also letzte elementare klinische Gegebenheiten im oben gekennzeichneten Sinne verstehen, die unmittelbar pathogenetisch gegeben sind. Sie bringen am unmittelbarsten, reinsten und elementarsten die spezifischen Wirkungen des pathogenetischen Faktors zum Niederschlag, sie verleihen am unmittelbarsten, reinsten und elementarsten dem spezifischen Krankheitscharakter der Grundstörung klinischen Ausdruck, und sie ergeben sich damit ohne weiteres als die einwandfreiesten, als die echten Bestimmungsstücke, als die grundlegenden Elemente für eine natürliche Systematik. Dieser haben wir nunmehr nachzugehen.

2. Das System der klinischen Strukturformeln.

Wir betrachten zunächst noch einmal den klinischen Standpunkt, zu dem uns die Strukturanalyse geführt hat. Wir sehen, daß für uns — nicht durch zufällige willkürliche Auswahl, sondern durch die zwingende Verarbeitung der klinischen Tatsachen — die allgemeinen pathologischen Grundformen zu den grundlegenden Elementen für die natürlichen Krankheitseinheiten geworden sind und damit ein System dieser Grundformen zugleich zur Grundlage für ein natürliches Krankheitssystem. Dieses System der Grundformen gilt es daher zunächst zu gewinnen, und die systematische Herausholung und Zusammenstellung dieser Stammgebilde aus dem klinischen Material wird damit zugleich zur Grundvoraussetzung für die Aufstellung eines klinischen Systems. Diese Grundformen sind selbstverständlich nicht durch begriffliche Abstraktionen, sondern nur durch klinische Reduktionen zu gewinnen. Ihre allgemeine Eigenart zeigt zugleich auch die Wege für ihre empirische Erfassung. Es dürften nämlich bei der jeweiligen Strukturanalyse als die allgemeinen Grundformen selbst oder zum mindesten als diese unmittelbar in sich fassende Gebilde anzusprechen und herauszuheben sein:

1. Im Hinblick auf die Beziehungen der Grundformen zur Pathogenese: diejenigen klinischen Erscheinungen, die erfahrungsgemäß konstant und in relativ gleichbleibender Form sich darbieten, so oft immer das pathogene Agens nachweisbar ist.

2. Im Hinblick auf ihren Charakter als letzte allgemeine kli-

nische Gegebenheiten: diejenigen klinischen Erscheinungen, die in der Hauptsache allgemeine pathologische Elementarsyndrome wiedergeben, und

3. Im Hinblick auf ihre Beziehungen zur Pathoplastik: diejenigen klinischen Erscheinungen, die übrig bleiben, nachdem alle Ausgestaltungen, Ableitungen, Aufpflanzungen usw. ausgeschieden sind.

Dieser letzte Weg: per exclusionem, durch Reinigung des Krankheitsfalles von allen pathoplastischen Bildungen, durch Abtragung sämtlicher pathoplastischer Bausteine der Psychose zu den Fundamenten der Grundformen vorzudringen, dürfte der am leichtesten gangbare und am meisten erfolgversprechende Hauptweg sein, den wir deshalb auch selbst eben gegangen sind. Denn erfahrungsgemäß sind diese durchaus bestimmt gefaßten pathoplastischen Gebilde viel leichter direkt zu erkennen und unmittelbar zu erfassen als die viel allgemeiner gearteten Grundformen.

Auf das scharfe und reinliche Herausarbeiten dieser allgemeinen elementaren klinischen Stammgebilde der pathologischen Grundformen für die einzelnen klinischen Formenkreise kommt nun alles an, und bei systematischer Durcharbeitung des empirischen Materials nach dieser Richtung werden dann wichtige klinische Ziele wesentlich näher gerückt werden. Man wird dann beispielsweise die allgemeinen grundlegenden Eigenheiten, die etwa einer paralytischen, einer schizophrenen, einer manischen, einer hysterischen Erregungswelle den spezifischen Charakter verleihen, so klar und eindeutig in ihrer elementaren Wesenheit erfassen können, daß dadurch eben charakteristische differente Grundformen herauskommen. Und ebenso wird man alles das, was bisher einfach ohne scharfe Kennzeichnung und Differenzierung als Verwirrtheits-, als Erregungs-, als Hemmungssyndrome, als Bewußtseinsstörungen bei den verschiedenen organischen und funktionellen Störungen gebucht wurde, so charakteristisch in seinen eigengeprägten spezifischen Grundformen erfassen und unterscheiden lernen, wie es jetzt etwa bezüglich einer echten organischen Demenz und einer hysterischen „Pseudodemenz" selbstverständlich ist. Damit gehen zugleich von dieser Systematik noch einmal bedeutsame klinische Aufgaben an die bereits zu einiger Unfruchtbarkeit verurteilte rein symptomatologische Forschungsarbeit ab.

Daß diese letzten und ursprünglichsten elementaren Gegebenheiten der verschiedenen Formenkreise nun auch wirklich in prägnanter Weise differieren, erscheint geradezu als eine klinische Denknotwendigkeit, die sich unmittelbar und zwangsläufig aus der einfachen Tatsache der differierenden Genese der Formenkreise ergibt. Das Gelingen oder Mißlingen dieser rein klinisch-analytischen Aufgabe einer scharfen Erfassung und Differenzierung der differierenden Grundformen der ein-

zelnen Krankheitstypen wird im übrigen aber eine über den engen Rahmen einer klinischen Teilerfahrung und selbst einer Aufbauanalyse hinausgehende grundsätzliche Bedeutung erlangen. Es wird letzten Endes zugleich den Prüfstein für die Möglichkeit oder Unmöglichkeit der Gewinnung eines auf rein klinischen, d. h. im wesentlichen klinisch-psychopathologischen Daten aufgebauten nosologischen Systems überhaupt abgeben. Da das System der Grundformen nicht willkürlich herausgegriffen und aufgestellt ist, sondern aus der klinischen Analyse heraus sich als die beinahe allein einwandsfreie Grundlage für ein natürliches klinisch aufgebautes System ergeben hat, so steht und fällt mit ihm die nosologische Systematik, soweit sie lediglich vom Klinischen her durchgeführt wird. Die Unmöglichkeit, den Krankheitstypen entsprechende differente Grundformen zu gewinnen, würde darum notwendigerweise den Schluß nahelegen, daß die psychischen Krankheitsformen und speziell das, was ihre spezifische Eigenprägung, ihr Wesen ausmacht, durchaus nicht immer in psychischen Tatbeständen — auch nicht in den grundlegendsten — zum Ausdruck zu kommen braucht, und es würde dann mit gleicher Notwendigkeit sich die Frage erheben, ob nicht überhaupt ein rein klinisch — und sei es auch von so grundlegenden klinischen Erscheinungen wie den pathologischen Grundformen — abgeleitetes Krankheitssystem auf zu schmaler Grundlage errichtet ist. In welcher Weise und nach welcher Richtung hin dann die Tragfläche verbreitert werden müßte, damit über die ja immerhin begrenzte klinisch-psychopathologische Basis hinaus eine umfassendere, natürliche, womöglich allgemein-biologische Grundlage geschaffen wird, dem nachzugehen führt weit über den Rahmen der hier zu entwickelnden strukturanalytischen Grundzüge hinaus und hinüber in die von Eugen Kahn angestrebte Forschungsrichtung. Ob eine solche biologische Psychiatrie, die weitgehend auf klinisch-psychopathologische Bestimmungsstücke verzichten zu können glaubt (tatsächlich aber bei jedem systematisierenden nosologischen Versuch sich genau so wie die rein klinische entscheidend auf diese stützt), wirklich eine sichere Basis für die psychiatrische Systematik abgeben kann, wird sich freilich erst beurteilen lassen, wenn sie sich etwas weniger als bisher auf Hypothesen stützen wird. —

Wie das strukturanalytisch zu gewinnende System der pathologischen Grundformen im einzelnen sich gestaltet, läßt sich vorläufig nur in Umrissen ohne erschöpfende klinische Gliederung andeuten: Es ergibt sich eine geschlossene klinische Reihe. Sie beginnt auf der einen Seite mit jenen Grundstörungen, denen Funktions- und Organschädigungen (Veränderungen der Hirnstruktur) zugrunde liegen, d. h. also mit solchen, bei denen — durch exogene beziehungsweise somatisch-exogene Noxen — der cerebrale Apparat mehr

oder weniger getroffen wird. Und sie endet auf der andern mit jenen Grundstörungen, bei denen nur Funktionsbeeinträchtigungen ohne Organschädigung vorliegen, also mit solchen, die im wesentlichen auf einer schadhaften psychischen Funktionsanlage oder auf der Einwirkung bloßer psychischer Noxen beruhen und die bloße Funktionsstörungen des psychischen Apparates (und speziell des Persönlichkeitssystems) bedeuten. Dort am Endpol die Hirnschädigungserscheinungen verschiedenen Grades: einmal solche destruktiven Charakters (wie die groben psychischen Abbauerscheinungen der Demenzen); zum andern solche restitutiver Art (wie die Excitations-, Dissoziations-, Benommenheits- usw. -syndrome der exogenen Reaktionsformen); — hier am andern Endpol die Eigenstörungserscheinungen der psychischen Funktionsanlage, und zwar einmal solche, die funktionelle Ausschläge konstitutiver Grundanomalien bedeuten (so etwa die autochthonen Exacerbationen einer labilthymopathischen Konstitution u. dgl.); zum andern solche, die psychisch-reaktive Funktionsverschiebungen im psychischen Apparat wiedergeben, wie die mannigfachen psychogenen Formen. Dort Gebilde, die gemäß ihrer biopathologischen Genese bzw. ihrem organischen Prozeßcharakter sich im wesentlichen als psychotisch neugebildet darstellen, der Norm fremd sind und daher auch nicht innerpsychologisch erfaßbar erscheinen, — hier umgekehrt solche, die entsprechend ihrer konstitutiven bzw. psychodynamischen Genese sich im wesentlichen psychisch vorgebildet darstellen, vorzugsweise der Norm analog geartet sind und daher innerpsychologisch auch zu erfassen sind. Zwischen diesen beiden Endpolen läßt sich dann die ganze klinische Reihe der Grundformen eingliedern.

Auf weitere Differenzierungen innerhalb derselben gehen wir hier zunächst nicht näher ein. Sie sind Sache künftiger strukturanalytischer Spezialarbeit. Nur der allgemeine Wert eines solchen Systems der Grundformen bzw. eines darauf aufgebauten nosologischen Systems für den Kliniker ist noch festzustellen: Es ist ein klinisches im reinsten Sinne, da es lediglich klinische Gebilde umfaßt und durchaus auf dem Boden der klinischen Erfahrung verbleibt, ja überhaupt nur von der klinischen Empirie aus: durch systematische Reduzierung des klinischen Materials, durch Reinigung der gegebenen äußeren Gesamtbilder von allen klinisch geringwertigen Bestandteilen gewonnen werden kann. Insofern ist es auch dem an sich ebenso naheliegenden und theoretisch gleichwertigen — weil gleichfalls natürlichen rein ätiologischen System (das sich im Grunde mit ihm deckt oder wenigstens durchaus mit ihm konform geht) wesentlich überlegen, als es eben wirkliche Bestandteile der Krankheit selbst, nicht außerhalb derselben gelegene und zum Teil überhaupt noch gar nicht erkennbare Faktoren wie das Krank-

heitsagens, als Träger nimmt. Ein solches System erfüllt aber auch sonst die Anforderungen der klinischen Systematik: Es ist einheitlich aufgebaut, weil es eben nur auf einem Fundament, den Grundformen ruht; es gibt wirkliche und natürliche Krankheitseinheiten, weil es nur gerade dasjenige enthält, was wirklich zum Grundcharakter der Störung gehört, dem Krankheitsgesetze entspricht; und es bringt diese Krankheitseinheiten in voller Reinheit zum Ausdruck, weil es alle sonstigen akzidentiellen usw. Krankheitsbestandteile eliminiert hat. Allerdings ist gerade mit dieser Reinigung und Reduzierung des klinisch Gegebenen zugleich eine gewisse Beschränkung verbunden: Dieses System der Grundformen kann, da es selbst nur allgemeine elementare Grundgebilde umfaßt, auch nur allgemeine klinische Einheiten, große Formenkreise erfassen (wenn auch freilich in reinlicher und sicherer Weise und damit zuverlässiger, als es sonst wohl möglich wäre). Es kann nur Krankheitstypen von viel allgemeinerem und unbestimmterem Charakter umreißen, als es die vom äußeren Gesamtbild her gewonnenen mit ihrem reichlichen äußeren Beiwerk, ihren vielfältigen Ausgestaltungen sind (was freilich nur für seine größere klinische Reinheit spricht). Immerhin zeigt es damit, daß man zur Ergänzung und Veranschaulichung dieser so allgemein gefaßten Typen das äußere Bild ihrer konkreten Durchschnittsgestaltungen nicht gut entbehren kann, und daß insbesondere die praktische Diagnostik sich zur schnellen Orientierung lieber unmittelbar an die letzteren, als an jene so abstrakt erscheinenden Gebilde halten wird. Vor allem aber wird damit zugleich bewiesen, daß ein System, das den Vielseitigkeiten des klinischen Materials und damit den weitgehenden Anforderungen seiner nosologischen Erfassung halbwegs gerecht werden will, zwar auf den Grundformen aufbauen, aber nicht auf sie sich beschränken darf; daß es vielmehr wesentliche Ergänzungen und Erweiterungen vornehmen muß. Welcher Art diese zu sein haben, darüber belehrt wieder die Strukturanalyse.

Zur eindeutigen vollständigen Erfassung des Krankheitsfalles — und damit auch des Krankheitstyps — bedarf es über die bloße Wiedergabe seiner spezifischen Grundelemente hinaus der Zusammenfassung aller wesentlichen, die Psychose konstituierenden Elemente nach Art ihrer klinischen Rangstellung, ihrer gesetzmäßigen Ordnungsbeziehungen wie ihres inneren Zusammenhangs im Krankheitsrahmen. Hierzu gehört einmal die Heranziehung der den Grundformen zugehörigen, ihnen innerlich zugeordneten pathogenetischen Determinanten, d. h. also der den spezifischen Krankheitscharakter, und da dieser durch die spezifische Grundform festgelegt ist, der auch diese selbst bestimmenden ursächlichen Krankheitsagentien. Der oben aufgestellten systematischen Reihe der Grundformen ist also eine entsprechende weitere

anzugliedern, die von den exogen-physischen bzw. somatogen-physischen (traumatischen, infektiösen, toxischen, autotoxischen usw.) zu den bio- bzw. psycho-physisch konstitutiven und über diese hinaus zu den exogen-psychischen Krankheitsagentien führt und deren einzelne Glieder vermittelst der von ihnen ausgehenden spezifischen Mechanismen: cerebral-prozessive, biodynamische, psychodynamische usw. eben die entsprechenden Grundstörungen erwirken. Und des weiteren gehört hier zur Ergänzung auch noch die systematische Heranziehung der pathoplastischen Bildungen, der Gestaltungsformen. Deren Eingliederung in das System rechtfertigt sich zunächst durch die Regelmäßigkeit, mit der bestimmte pathoplastische Gebilde bestimmten Krankheitstypen zugeordnet sind (etwa die Ausgestaltung durch sich bewegende Visionen dem Trinkerdelir, die Weiterführung des Wahns durch Systematisierung der Paranoia), und sie wird zudem gefordert durch die Notwendigkeit, im Rahmen der einzelnen Formenkreise Untergruppen aufzustellen, in denen neben den pathogenetisch gegebenen Variationen auch die pathoplastisch erwirkten vertreten sind.

Bezeichnen wir nun diese geschlossene Zusammenfassung und Zusammenordnung der wesentlichen Bausteine der Psychosen in Anlehnung an die Chemie ganz allgemein als Strukturformel, so ergibt sich für uns folgerichtig als das Endziel unserer strukturanalytisch-nosologischen Bestrebung die Errichtung eines Systems der klinischen Strukturformeln, weil dieses allein in bezug auf Reinheit, Eindeutigkeit und Vollständigkeit allen klinisch-systematischen Ansprüchen Genüge tun kann.

Die Aufstellung eines solchen nosologischen Systems kann vorerst bei der bisher noch fehlenden systematischen Durcharbeitung der Strukturen aller vorkommenden Krankheitsformen nur eine ganz provisorische sein. Es ist zunächst eigentlich nur ein lediglich auf dem bisher gegebenen klinischen Material fußendes und auf die zurzeit üblichen Anschauungen sich stützendes Klassifikationsschema möglich, das im Grunde nicht viel mehr als ein bloßes Orientierungsmodell bedeutet und erst später einmal durch ein vollwertiges System ersetzt werden muß.

An sich ist es leicht zu übersehen[1]:

Es baut sich auf den allgemeinen pathologischen Grundformen auf und stellt, da diese, wie erwähnt, nur große allgemeine Einheiten umfassen, zunächst nur große klinische Formenkreise zusammen, also etwa Krankheitsgruppen mit gemeinsamer Wurzel, wie Kraepelin es ausdrückt. Es ordnet sie wie im Spektrum in einer Reihe, wobei die Endglieder am meisten differenzieren, und gruppiert sie im übrigen je nach der Übereinstimmung oder Verschiedenheit der Grundformen

[1] Vgl. Tabelle S. 98/99.

derart, daß die räumliche Stellung der einzelnen Gruppen, ihre größere Nähe oder Entfernung von anderen zugleich den Maßstab für die natürliche Affinität und Verwandtschaft bzw. Wesensverschiedenheit abgibt. Es zieht gemäß den Anforderungen der Strukturformel die den Grundformen zugeordneten spezifischen pathogenetischen Determinanten mit heran (läßt aber sonstige — unspezifische — Bestimmungsstücke für das Zustandekommen, für die Aktualisierung und Realisierung der Störung: etwaige ätiologische Hilfsmomente u. dgl. außer acht). Die Grundformen selbst kennzeichnet das Schema zunächst in ihrem allgemeinsten nosologischen Charakter, wie er sich übereinstimmend über ganz weite Formenbereiche des Systems erstreckt, sodann erst im speziellen, so wie er sich für die einzelnen Formenkreise ergibt. Dabei sucht es sie nach Möglichkeit sowohl allgemein-psychopathologisch, d.h. ohne Rücksicht auf die vorliegenden klinischen Formulierungen, wie auch nach den klinischen Erscheinungsformen, in denen sie bei der einzelnen Gruppe zum Ausdruck kommen, zu charakterisieren. Diese Charakteristik vermag es vorläufig allerdings nur in unbestimmten Umrissen und Kennzeichnungen zu geben (der beste Beweis notabene dafür, wie weit wir noch von der wirklichen Erfassung der Wesenselemente der einzelnen Psychosen entfernt sind). — Es folgt dann auf diese Aufstellung der Hauptbestimmungsstücke der Grundformen die (an sich weniger wichtige) der Nebenbestimmungsstücke der Gestaltungsformen, wobei die den einzelnen Formenkreisen zugehörigen von ihnen bevorzugten pathoplastischen Prädilektionsgebilde sowohl nach ihrer allgemeinen Stellung im Krankheitsrahmen, wie nach ihrer klinischen Erscheinungsform, wie nach den zugehörigen, sie bestimmenden pathoplastischen Determinanten festgelegt werden. Daran schließt sich endlich die Untergruppierung nach Spielarten in der klinisch tief wurzelnden, für die Systematik natürlichen grundsätzlichen Zweiteilung: wesentlichere, die durch Variationen der pathogenetischen Determinante (in Qualität, Intensität, Extensität, Einwirkungsgrad und -tempo) und damit auch durch Variationen der Grundformen selbst gegeben sind, und unwesentlichere und äußerlichere, die durch Variationen der pathoplastischen Determinante (der äußeren Konstellation usw.) und der daraus hervorgehenden Ausgestaltungen, Ableitungen usw. bestimmt sind, (eine Untergruppierung, die vorerst freilich auch noch unbefriedigt läßt, weil auch die so gewonnenen Spielarten untereinander klinisch noch nicht gleichartig genug sind).

Das Schema kann im übrigen in seiner Unvollständigkeit und Unvollkommenheit kaum einen Anfang bedeuten. Doch kommt es darauf vorerst nicht an. Die Hauptsache ist vielmehr, daß von der Strukturanalyse uns überhaupt ein Weg zur klinischen Systematik aufgewiesen wird, der richtig und gangbar ist. Richtig: weil er sich folgerecht aus

Tabelle der klinischen

Allgemeiner Formenkreis:	I Exogene Störungen mit vorwiegend destruktiver Tendenz (organische Demenzpsychosen)	II Exogene Störungen mit vorwiegend restitutiver Tendenz (exogene Psychosen im engeren Sinne)
1. Spezifische pathogenetische Determinante:	Physisch-exogene (traumatische, toxische, infektiöse usw.), bzw. somatogene (autotoxische [epileptische, involutive, arteriosklerotische], dysadenoide usw.) Noxe.	
2. Hauptbestimmungsstücke: pathogenetische Gegebenheiten. Die allgemeinen pathologischen Grundformen: a) dem allgemeinen klinischen Charakter nach	Vorzugsweise Hirnschädigungserscheinungen unter Ergriffensein auch der primitiven psychischen Elementarfunktionen[4]), d. h. im wesentlichen psychotisch neugebildet, „organisch“ („normfremd“, daher innerpsychologisch nicht erfaßbar).	
b) der speziellen klinischen Erscheinungsform nach	a) Generelle psychische Manifestationen des Hirnzerstörungsprozesses: Chronisch progressiver psychischer Abbau und Ausfall (fortschreitende Demenz[6]) b) Psychische Sonder-Manifestationen von Exacerbationen des Zerstörungsprozesses: Psychische Reiz-, Lähmungs-, Perturbationserscheinungen (verworrene Erregungen, Benommenheitszustände u. dgl.) organischen Charakters[7])	a) Generelle psychische Manifestationen der Hirnschädigungsattacke: Reiz-, Lähmungs- (bzw. Erschwerungs-), Perturbationserscheinungen auf den verschiedensten psychischen Systemgebieten (halluzinatorische, Excitations-, Dissoziations-, Dämmer-, reizbare Schwächezustände u. dgl.) b) Psychische Sonder-Manifestationen von Hirndauerschädigungen: Dementiv-reversible Zustände (z. B. Korsakow-Syndrome) bzw. dementiv-irreparable (z. B. epileptische Demenz
3. Nebenbestimmungsstücke: pathoplastische Gegebenheiten: Die Prädilektionsgestaltungsformen: a) der pathoplastischen Determinante nach	Vorzugsweise konstitutiv	Vorzugsweise konstitutiv, daneben auch konstellativ
b) der klinischen Erscheinung nach	Vorzugsweise „funktionelle“ vorgebildete pathoplastische Syndrome („depressive, usw.), daher im Gesamtbild Mischungen von exogenen (bzw. organischen) und	
c) der allgemeinen Stellung im Krankheitsbilde nach	Spärliche Ausbildung, starkes Zurücktreten der Pathoplastik. Klinisches Gesamtbild im allgemeinen durch Dominanz der Grundformen wenig variabel, homogen-monomorph	Etwas stärkeres Hervortreten der Pathoplastik, doch klinisches Gesamtbild im wesentlichen noch von Grundformen beherrscht.
Untergruppen bzw. Spielarten: 1. Pathogenetisch festgelegte:	Durch Intensitäts- und sonstige Varianten der Noxe: (z. B. bei Paralyse dementiv-blande oder furibund-agitierte syndromale Spielarten; einfach progrediente oder galoppierende Verlaufsspielarten.	Durch Intensitäts- und sonstige Varianten der Noxe: Halluzinatorische, amentive, emotionell-hyperästhetische usw. syndromale Spielarten[12]); akut-perniziöse (Delirium acutum), chronisch-irreparable (mit Demenzausgang) Verlaufsspielarten.
2. Pathoplastisch festgelegte:	Durch Konstitutionsvarianten: Spielformen mit funktionellen Hauptsyndromen, z. B. depressive, hypochondrische, paranoische usw. senile Psychosen	a) Durch Konstitutionsvarianten: z. B. akute Alkoholhalluzinose der sensorisch-auditiven Veranlagung b) Durch Konstellationsvarianten: z. B. alkoholischer Eifersuchtswahn in Zusammenhang mit der sexual-psychischen Sondersituation des Trinkers.

Anmerkungen zur Tabelle siehe umstehend!

Strukturformeln.

III **Somatogen-autotoxisch-konstitutive Störungen (schizophrene Psychosen)**	IV **Rein endogene Störungen (konstitutiv-funktionelle Psychosen)**	V **Psychisch bedingte bzw. psychisch + konstitutiv bedingte Störungen (psychogene Psychosen)**
Somatogen-autotoxische Noxe + schizoide Konstitution[2])	Degenerative Konstitution[11])	Degenerative Konstitution[9]) + psychische Noxe bzw. diese allein
[3])	Vorzugsweise Eigenstörungserscheinungen einer schadhaften psychischen Funktionsanlage mit vorwiegender Beeinträchtigung der höheren komplizierteren psychischen Funktionen[5]), d. h. im wesentlichen vorgebildet, „funktionell" („normanalog", daher innerpsychologisch erfaßbar).	
a) Generelle psychische Manifestationen der autotoxischen Hirnschädigung: Dauerschwächungen der psychischen Intentionalität (schizophrene Aufmerksamkeits-, Assoziationsdauerdefekte usw.) + [8]) c) Generelle Manifestationen der schizoid-konstitutiven Grundelemente und Funktionstendenzen: Affektstarre, autistische Einstellungen, Sperrungen usw. b) Psychische Sonder-Manifestationen der episodischen Hirnschädigungsattacken: Psychische Reiz-, Lähmungs-, Perturbationserscheinungen (halluzinatorische, dissoziative, Erregungsepisoden usw.)	Generelle psychische Manifestationen der degenerativ-konstitutiven Persönlichkeitsgrundelemente und Funktionstendenzen: (Klinische Erscheinungsform in Habitualzuständen, Spontan-, Reaktivausschlägen, Entwicklungen usw. siehe unten bei den pathogenetisch bedingten Spielarten)	a) Generelle Manifestationen der degenerativ-konstitutionellen Persönlichkeitsgrundelemente u. Funktionstendenzen in Reaktionen (Steigerungen, Ausschläge und Entwicklungen analog IV) + [8]) b) Generelle Manifestationen der Gleichgewichtsschwankung des psychischen Funktionssystems: Reversible psychische Reiz-, Hemmungs-, Spaltungs-, Desequilibrationserscheinungen exquisit funktionellen Charakters
Wechselndes Maßverhältnis von konstitutiv und konstellativ	Vorzugsweise konstellativ	Vorzugsweise konstellativ
hypochondrische, paranoische, „hysterische" endogenen, funktionellen Elementen	Neben funktionellen vorgebildeten vor allem auch psychologisch abgeleitete pathoplastische Syndrome, daher im Gesamtbild Mischungen aller Art funktioneller: endo-, psychogener usw. Elemente.	
Wechselndes Maßverhältnis von Grundformen und Pathoplastik (bei nicht seltenem temporären, speziell initialem Dominieren der Gestaltungsformen); klinisches Gesamtbild, je nach den Maßbeziehungen wechselnd	Reichliche Ausbildung, starkes Hervortreten der Pathoplastik. Klinisches Gesamtbild im allgemeinen durch Dominanz der Gestaltungsformen sehr variabel und polymorph.	
a) Durch Überwiegen der somatogen-autotoxischen Komponente: einfach progressiv-dementive, speziell hebephrene Formen; Formen mit Excitations-, Dissoziationssyndromen usw. b) Durch Überwiegen der schizoid-konstitutiven Komponenten: einfache schizoide Habitualverfassungen, schizoide Reaktions- und Entwicklungsformen [u. a. schizoide Entwicklungen mit systematischem Wahnniederschlag (Paraphrenia systematica)][10]) (Weitere Spielarten durch wechselnde Mischungen der beiden Komponenten.)	Durch Varianten der konstitutiven Charakter- u. Temperamentsgrundelemente: psychopathische Persönlichkeitsspielarten. Durch sonstige konstitutive Funktionsvarianten: Labil-dissoziable Konstitution mit stark psychisch-reaktiver Tendenz: hysterische Spielform; Labile thymopathische Konstitution mit endogen-cyclischer Ausschlagstendenz manisch-depressive Spielform; Sensitiv-expansive Konstitutionslegierungen mit gleichsinniger Entwicklungstendenz: paranoische Spielformen usw.	a) Durch Überwiegen der psychisch-exogenen Komponente: Schreckpsychoneurotische Spielformen. b) Durch Überwiegen der degenerativ-konstitutiven Komponente: Übergangsformen zu den psychopathischen Reaktionen und Entwicklungen. (Weitere Spielarten durch wechselnde Mischungen der beiden Komponenten.)
Durch (nicht-schizoide) Konstitutionsvarianten: z. B. zirkuläre Spielform mit periodischem Verlauf und cyclopathischer Symptomatik	Durch Konstellationsvarianten[1]): z. B. sozial-psychologisch determiniert durch Unfallrentenkomplex: unfallneurotische Spielformen durch forensischen Komplex: simulatiforme Spielformen (Ganserzustände usw.) kollektiv-psychologisch determiniert: Induktionspsychosen u. dgl.	

der psychiatrischen Empirie ergibt und systematisch aus den klinischen Tatsachen ableitet; gangbar: weil er den klinischen Tatsachen lediglich mit klinischen Methoden nachgeht und dabei an Konstruktionen und sonstigen wissenschaftlichen Unsicherheiten nicht mehr bietet, wie jede andere sich ihrer besonderen empirischen Sicherheit rühmende Methode und wie jede sonstige klinisch anerkannte Betrachtungsweise, soweit diese überhaupt über die einfache Wiedergabe klinischer Gegebenheiten und die bloßen äußerlichen Registrierungen hinaus zu allgemeineren Gesetzmäßigkeiten zu gelangen suchen. Daß der hierbei vor sich gehende Übergang von der vorwiegend beschreibenden zur zerlegenden Betrachtung mit einem Verlust an empirisch-deskriptiver Anschaulichkeit verknüpft ist, ist unvermeidlich, berechtigt aber selbstverständlich nicht etwa dazu, diese Wegänderung im Sinne eines Übergangs von der klinischen Empirie zur spekulativen Konstruktion zu deuten.

Anmerkungen zu vorstehender Tabelle.

(Zur Ergänzung siehe auch die Strukturanalysen der einzelnen Krankheitsformen S. 12—31.)

[1]) Entsprechend der engen Verwandtschaft im wesentlichen für beide Formenkreise (IV und V) gültig.

[2]) Die unverkennbar nahe Zugehörigkeit der schizoiden zur allgemein-degenerativen Konstitution weist auf die — auch im System zum Ausdruck kommende — enge Beziehung der schizophrenen zu den degenerativen Psychosen im allgemeinen hin. Ein völliges Aufgehenlassen der schizoiden in der allgemein-degenerativen Konstitution (die ja zweifellos eine Anzahl biologisch verschiedenartiger Konstitutionen umfaßt) erscheint mir vorerst noch nicht berechtigt.

[3]) Der Trennungsstrich mitten durch den schizophrenen Formenkreis ist durch die unbestreitbare Zwiespältigkeit der schizophrenen Krankheitserscheinungen bedingt, die nach zwei verschiedenen Richtungen tendieren. Er beleuchtet zugleich die eigentümliche Zwischenstellung der Schizophrenie zwischen den „organischen" und „funktionellen", bzw. exogenen und konstitutiven Psychosen. Übrigens muß die Möglichkeit zugegeben werden, daß die hier auseinandergehaltenen pathogenetischen Momente, das somatogen-autotoxische und das schizoid-konstitutive im Grunde zusammenfallen, indem sie das gleiche Phänomen nur in verschiedener Betrachtungsweise wiedergeben. Dann müßten sie sowie auch die hier getrennten Grundformen zu Einheiten verschmolzen werden.

[4]) In der Ausprägung nach der ersten Gruppe hin zunehmend.

[5]) Die Ausprägung in der vierten Gruppe am stärksten.

[6]) Die selbstverständlich ebenso belangvollen neurologischen Destruktionsgrundformen (z. B. motorische Lähmungs-, Reizerscheinungen usw. bei der Paralyse), die den Grundvorgang viel unmittelbarer und reiner als die psychotischen zum Ausdruck zu bringen pflegen, bleiben in diesem klinisch-psychopathologischen System wie alle neurologischen Elemente der Psychose überhaupt unberücksichtigt.

[7]) Hier wie auch sonst vielfach ist noch Nachprüfung nötig: Sind diese organisch-psychotischen Episoden wirklich rein pathogenetisch durch Destruktion oder pathoplastisch durch sonstige Sondereinflüsse bedingt?

[8]) d. h.: In Verbindung bzw. Verschmelzung mit . . . Beide Komponenten im Krankheitsbilde sich mannigfach mischend und verschmelzend.

[9]) Entsprechend den Erfahrungen über die enge Verbindung von degenerativen und psychogenen Erscheinungen.

[10]) Möglicherweise aber auch rein pathoplastisch bedingt bei langsam verlaufendem schizophrenen Prozeß.

[11]) Ob bei den weitgehend anerkannten inneren Beziehungen der degenerativen Konstitutionen zu innersekretorischen — also somatogen-autotoxischen — Störungen die selbständige Stellung der konstitutiven Psychosen an dieser Stelle des klinischen Systems sich aufrechterhalten läßt, wird erst die klinische Weiterarbeit lehren. Aber auch dann müßten nach wie vor die somatogen-autotoxischen groben Hirnschädigungsstörungen nach Art gewisser symptomatischer Psychosen und die bloßen autotoxischen Störungen des psychischen Funktionsvollzugs (der Psychodynamik) nach Art etwa der Hysterie auseinandergehalten werden.

[12]) Auch bei diesen Spielarten ist noch Nachprüfung nötig, ob sie wirklich rein pathogenetisch oder nicht zum Teil konstitutiv oder sonstwie pathoplastisch bedingt sind.

V. Ausblick: Die Strukturanalyse und die sonstigen neueren psychiatrischen Forschungsrichtungen.

Das Bild von der Bedeutung der Strukturanalyse im klinischen Bereich wäre unvollständig, wenn man nicht nach gewonnenem Überblick über ihre Entstehungsgründe, Arbeitsrichtungen und Zielsetzungen auch ihre Stellung im Rahmen der gesamten psychiatrischen Forschungsbewegung bestimmte und ihr Verhältnis zu den mannigfachen augenblicklichen Strömungen der Psychiatrie sowie zu deren klinischen Endzielen klarstellte.

Vergegenwärtigen wir uns kurz noch einmal die schon im Einleitungsaufsatz angedeutete, zurzeit bestehende Situation in der wissenschaftlichen Psychiatrie, so ist deren eigentliche Begründerin und bisher unbestrittene Vertreterin, der sogenannte empirische Klinizismus, wie ein Blick speziell auf die klinisch-psychopathologischen Arbeiten der Gegenwart lehrt, zu einem gewissen Abschluß gekommen, nachdem er in einer ertragreichen Wirkungszeit durch systematisch exakte Sammlung, Beschreibung und Registrierung der klinischen Erscheinungen sowie durch entsprechende Ordnung, Differenzierung und Rubrizierung von pathologischen Bildern und Abläufen ein breites klinisches Fundament mit einer umfassenden Reihe von allgemeinpathologischen wie nosologischen Gebilden, von Krankheitselementen wie Krankheitsformen geschaffen hatte. Parallel mit der nachlassenden Ergiebigkeit dieser klinischen Richtung sind dann neuere Forschungsbestrebungen aufgekommen und zur Geltung gelangt, die mehr oder weniger dringlich auf gewisse Richtungsänderungen oder wenigstens Richtungserweiterungen im klinischen Bereich hinwiesen und hindrängten. Sie sind durchaus nicht sämtlich aus der psychiatrischen Spezialdisziplin selbst herausgewachsen, entstammen vielmehr vorwiegend anderen, insbesondere psychologischen und biologischen Sondergebieten, aus denen sie erst übernommen und der psychiatrischen Verwertung zugeführt wurden. Als solche Forschungsrichtungen, deren Umfang und Bedeutung für die Klinik übrigens ihrem verschiedenartigen Ursprung entsprechend verschieden und zum Teil auch noch recht umstritten ist, sind im wesentlichen

zu nennen: die phänomenologische, psychodynamische und charakterologische auf der einen, die erbkonstitutionelle und entwicklungsgeschichtlich-biologische auf der anderen Seite.

Um das Verhältnis der Strukturanalyse zu diesen neuartigen Bewegungen im klinischen Gebiet recht zu übersehen, und zu würdigen, geht man zweckmäßig von ihren Beziehungen zu der bisherigen unbeschränkten Beherrscherin der klinischen Psychiatrie, von dem empirischen Klinizismus aus. Wir erkennen leicht: Was von diesem an klinischen Befunden gesammelt und dargestellt, was von ihm an Ordnungen geschaffen, an entscheidenden Einheitsgebilden herausgearbeitet worden ist, bleibt — wenigstens in seinen Hauptelementen — das Fundament, von dem die Strukturanalyse den Ausgang zu nehmen, auf dem sie weiter zu bauen hat. Was sie vermittelst ihrer analytischen Zergliederungsarbeit zu diesem empirisch-deskriptiv gewonnenen Material hinzubringt, den Einblick in die zugehörigen inneren Zusammenhänge, in die gesetzmäßigen Zusammenordnungen und in das ganze strukturelle Gefüge der Psychose — dient nicht dazu, jene klinischen Hauptergebnisse der sammelnden beschreibenden Arbeit zu vernichten, sondern durch Zutaten der inneren Struktur zu ergänzen und zu vertiefen, und damit dem auf jenem Resultate aufgebauten klinischen Gebäude neue innere Stützpunkte und verstärkte Tragflächen zu liefern.

Nicht so glatt und eindeutig, wie mit der bestehenden Forschungsrichtung, verknüpft sich die Strukturanalyse mit den neu aufgekommenen Bestrebungen. Speziell zu den phänomenologischen Forschungstendenzen führen von ihr nur lose und dürftige Bindeglieder. Die von der Phänomenologie erstrebte Erfassung des psychologischen Seins und Erlebens, so wie es unmittelbar vor dem individuellen Bewußtsein erscheint (Kronfeld), die Vergegenwärtigung des pathologischen Geschehens von innen heraus kann höchstens insofern für die Strukturanalyse herangezogen werden, als von ihr her ein differenzierteres, in seinen Qualitäten und Nuancen abgestufteres klinisches Material dargeboten wird, das eventuell der Zergliederungsarbeit mehr Angriffsmöglichkeiten bietet. Stärker ins Gewicht fällt vielleicht die der Phänomenologie eigene Tendenz, an das psychisch unmittelbar Gegebene direkt heranzugehen und so das psychotisch Primäre, die psychotischen Ursprungsphänomene zu erfassen, statt wie die psychopathologische Betrachtung von außen her erst psychotisch Sekundäres, durch psychische Verarbeitung und Ausdeutung Gewonnenes aufzugreifen. Damit wird man zugleich eher und sicherer an gewisse Grundstörungserscheinungen herangeführt, auf die als pathogenetische Gegebenheiten es für den Aufbau der Psychose vor allem ankommt. So werden beispielsweise mit den dem Bewußtsein des Schizophrenen unmittelbar gegebenen phänomenologischen Erlebnissen des Abreißens der Gedan-

kenverbindungen, des fehlenden Aktivitätsempfindens bei Bewegungsintentionen u. dgl. die den schizophrenen Grundstörungen zugehörigen pathologischen Erscheinungen viel unmittelbarer und bezeichnender erfaßt als durch die übliche symptomatische Feststellung derselben in eingekleideter und verarbeiteter Form als Wahn der Gedankenentziehung oder der fremden Willensbeeinflussung. Noch wesentlicheres wäre freilich für die strukturanalytische Erfassung der klinischen Gebilde und zumal der Grundstörungen gewonnen, wenn die besonders von KRONFELD vertretene Annahme zu Recht bestände, daß grundsätzlich spezifische Krankheitsmerkmale und -differenzen sich noch erkennbar dem unmittelbaren Bewußtsein darböten, wo die psychopathologische Betrachtung von außen solche nicht mehr festzustellen vermag; derart also, daß scheinbar gleiche Symptomenbildungen: Halluzinationen, Wahngebilde, Ichtumsstörungen usw. bei Prozeßpsychosen sich phänomenologisch prinzipiell anders darstellten als bei funktionellen Psychosen. Leider lehrt die klinische Erfahrung, daß diese phänomenologischen Differenzen nur in einem ganz begrenzten Umfang im klinischen Bereich Geltung haben und daß daher von hier aus kein wesentlicher Forschungszuwachs für die Strukturanalyse resultiert.

Größere Bedeutung als diese um die möglichst unmittelbare Wiedergabe der psychischen Zuständlichkeiten im klinischen Bilde bemühte Phänomenologie kann die psychodynamische, auf die Erfassung der psychischen Zusammenhänge und Mechanismen gerichtete Forschungsbestrebung hinsichtlich der Beziehungen zur Strukturanalyse beanspruchen. Sie gibt der klinischen Strukturlehre ja direkte und wesentliche Bausteine in Form gewisser innerer Verknüpfungen der die Psychose zusammensetzenden klinischen Bestandteile an die Hand. Und zwar ist es vor allem die Herausholung der bisher so vernachlässigten und dabei psychodynamisch so wesentlichen affektiven „katathymen“ Tendenzen und Mechanismen, wie sie von den verschiedenartigsten seelischen Kräften, von triebhaften, instinktiven, ja selbst unbewußten oder wenigstens vom Bewußtsein abgedrängten, von „Komplexen“ aller Art ausgehen, durch die der klinische Aufbau und speziell das umfangreiche Gebiet der Psychoplastik erheblich ververtieft, erweitert und weit über das hinaus geführt wird, was bisher mit den sonst üblichen, oberflächlichen und beschränkten (wenn auch an sich ebenso unentbehrlichen) Mitteln der rationalen Ableitungen psychotischer Erscheinungen strukturanalytisch zu gewinnen möglich war. Des weiteren hat dann diese psychodynamische Forschung insofern noch fruchtbare strukturanalytische Hilfsarbeit geleistet, als sie bei einem ganzen klinischen Formenkreise, dem der psychogenen Störungen, auch die spezifischen Grundstörungen, wie sie durch emotive Mechanismen in ihrem Sondercharakter festgelegt sind, zu erfassen

half und dadurch in Verbindung mit der Kenntnis jener psychodynamischen Ausgestaltungsmomente es ermöglichte, den Gesamtaufbau dieser Typen und ihrer reichlich variierenden Spielformen weitgehend — oder wenigstens viel weiter gehend als bei anderen Formenkreisen — mit all ihren Determinanten zu übersehen.

Die besonders durch KRETSCHMER neu angeregte charakterologische Forschungsrichtung, die dem Einfluß der psychischen Individualität und speziell des Charakters auf Entstehung und Gestaltung klinischer Gebilde nachgeht, hat selbstverständlich gleichfalls enge und innere Beziehungen zur Strukturanalyse. Sie hebt einen psychischen Faktor heraus, der zweifellos — in welchem Umfange es nun auch sein mag — sich im Rahmen der Psychose auswirken muß, denn schließlich läuft und spielt sich doch die wie auch immer verursachte geistige Störung in jedem Falle im psychischen Funktionssystem der befallenen Persönlichkeit ab, und damit muß dieser Persönlichkeitskomplex, sofern er nicht durch die Störung völlig ausgeschaltet und zerstört ist, irgendwie und irgendwo in Inhaltgebungen, in psychischen Verarbeitungen, Reaktionsweisen u. dgl. syndromal zum Ausdruck und Niederschlag kommen. Die Hauptbedeutung dieser charakterologischen Forschungsbestrebungen für die Strukturanalyse liegt im übrigen wohl in dem Versuch der Aufstellung eines Systems grundlegend fundierter charakterologischer Typen. Von da aus ist dann erstens ein entsprechendes System charakterologisch determinierter syndromaler Bildungen abzuleiten, d. h. ein System von bestimmten, den einzelnen Charaktergrundeigenheiten zugeordneten intellektuellen, affektiven und motorischen Reaktions- und Verarbeitungsweisen, die in Form von pathologischen Vorstellungsverfälschungen, Emotionsanomalien, abnormen motorischen Entäußerungsformen usw. bei dem Gesamtaufbau sich in die verschiedensten Formenkreise einsetzen lassen. Und zweitens läßt sich von dort aus auch ein System von Persönlichkeitsentfaltungstendenzen gewinnen, das vor allem die Matrix für entsprechende charakterologisch ableitbare Spielarten des paranoischen Formenkreises abgibt. Daß außerdem gerade die charakterologische Forschungsrichtung durch die ihr eigne wissenschaftliche Hinneigung zu den Gestaltungseinflüssen des individuellen Lebens: zu Milieu, Lebenslage, Kulturfaktoren u. dgl. auch der Aufbaubetrachtung die Erfassung der individuellen und kulturellen Gestaltungsanteile erleichtert, sei nebenbei noch bemerkt.

Von den als biologisch zu kennzeichnenden neueren psychiatrischen Forschungsrichtungen tritt als Hauptvertreterin für die Klinik die von der naturwissenschaftlichen Erblichkeitsforschung herkommende erbbiologische und Konstitutions-Forschung hervor. Auch sie tritt unmittelbar von sich aus mit der Strukturanalyse in natürliche

Verbindung: Indem sie sich allenthalben um die erschöpfende Erfassung von spezifischen Konstitutionen bemüht, die irgendwelchen Anteil an der Eigenart, Entstehung und Gestaltung der geistigen Störungen haben, gibt sie zugleich vielseitige und verschiedenwertige Strukturelemente für die einzelnen Formenkreise ab: bald prädisponierende, so bei vielen exogenen Psychosen; bald symptomengestaltende, so speziell bei den exogenen Spielarten mit endogenen Einschlägen und überhaupt bei den atypischen exogenen Spielformen, aber auch bei gewissen atypischen Mischbildern endogener Störungen; des weiteren pathogenetische, so bei den spezifisch endogenen Typen u. a. m. Damit erhält von hier aus der Aufbau der Psychose in weitestem Umfange wesentliche biologische Stützkomponenten, deren empirische Sicherstellung freilich noch energisch betrieben werden muß.

Es bleibt schließlich noch in ihrem Zusammenhang mit der Strukturanalyse jener in letzter Zeit sich klinisch einbürgernden biologischen Betrachtungsweise zu gedenken, die als entwicklungsgeschichtliche zu kennzeichnen ist, insofern sie klinische Bildungen von verschiedenster Art und Umfang als phylogenetische Entwicklungsstufen (Kretschmer), und zwar als solche verschiedener Entwicklungsschichten aufzufassen neigt. Diese Betrachtungstendenz, die vor allem auf infantilistische, atavistische, psychisch-primitive („hypobulische, hyponoische" usw.) Erscheinungsformen im klinischen Rahmen ausgeht, tritt, die grundsätzliche Berechtigung ihres Standpunkts vorausgesetzt, zur Strukturanalyse dadurch in innere Beziehung, als sie ein gut Teil jener klinischen Radikale, die unverändert in die verschiedensten Krankheitsformen eingehen, also jener pathoplastischen Bildungen, die sich den einzelnen Stammformen der Grundstörungen anfügen, in ihrem Sondercharakter und ihrer Genese erklärt und damit gerade gewisse besonders befremdliche und psychologisch wie physiologisch sonst nicht ohne weiteres ableitbare klinische Gestaltungsmomente biologisch verständlich in den Aufbau der Psychose einordnet.

Alles in allem stellt sich so die klinische Strukturforschung nichts weniger wie als isoliert und abseits stehende oder abwegig gerichtete Strömung innerhalb der Gesamtbewegung der wissenschaftlichen Psychiatrie dar. Wir sehen sie vielmehr unmittelbar und fest an die bisher bewährte eigentliche klinische Forschungsrichtung geknüpft, auf die sie sich geradezu entscheidend stützt, und wir sehen sie zudem allenthalben in Berührungen und in mancherlei Beziehungen zu den emporkommenden neueren psychiatrischen Forschungsbestrebungen. Indem sie dabei deren auseinanderstrebende Tendenzen in gewissem Umfange in sich aufnimmt, in Ordnungsbeziehungen bringt und zusammenschließt, gibt sie zugleich die Gewähr für den künftigen Bestand der durch jene verschieden gerichteten Strömungen gefährdeten Einheit-

lichkeit der klinisch-psychiatrischen Bewegung, wie sie überhaupt durch ihre Anknüpfung an das altbewährte feststehende, bei gleichzeitiger Verbindung mit neu sich bildendem, anscheinend entwicklungsfähigem klinischem Gut den natürlichen einheitlichen Fluß und die gleichmäßige lückenlose Weiterbildung der klinischen Forschung sichert. Der klinische Gewinn, der daraus resultiert, ist freilich abhängig davon, daß sie unbeirrbar jenes Leitmotiv festhält, das dieser Arbeit vorangesetzt wurde und sie nun auch beschließen soll: die bedingungslose Achtung vor den Tatsachen.